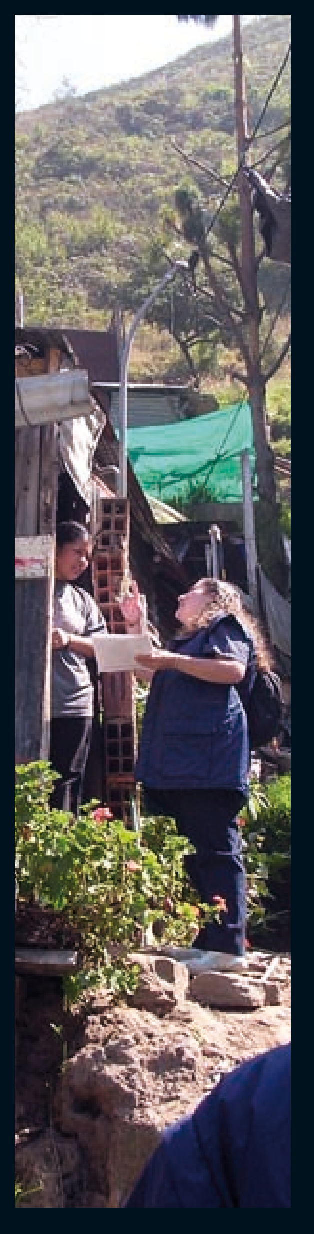


ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL DE SALUD

Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud

Román Vega Romero
Naydú Acosta Ramírez
Paola Andrea Mosquera Méndez
Ofelia Restrepo Vélez







Secretaría Distrital de Salud

Atención Primaria Integral de Salud

Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud

Atención Primaria Integral de Salud

Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud

Román Vega Romero
Naydú Acosta Ramírez
Paola Andrea Mosquera Méndez
Ofelia Restrepo Vélez

Autores
© Román Vega Romero
Naydú Acosta Ramírez
Paola Andrea Mosquera Méndez
Ofelia Restrepo Vélez

Liliana Alejandra Chicaíza Becerra
Mario García Molina
Sandra Catalina Olaya

ISBN: 978-958-8545-01-1

Primera edición: mayo de 2009

Bogotá D. C., Colombia, 2009

Corrección de estilo y diseño gráfico
Taller de Edición • Rocca® S. A.
Teléfonos/Fax.: 243 2862 - 243 8591
Transversal 6 No. 27-10, oficina 206
Bogotá D. C., Colombia
taller_de_edicion@yahoo.com
taller@tallerdeedicion.com
www.tallerdeedicion.com

Impresión y acabados
Unión Gráfica Ltda.
uniongrafica@yahoo.com
Bogotá, D. C.

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

Contenido

Agradecimientos

Agradecemos de forma especial la colaboración prestada por el equipo de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud constituido por Jorge Bernal Conde (ex subsecretario de Salud), Libia Forero García, Sulma Barrera, Luz Ángela Artunduaga, Ana Cristina Obando, Yolanda Sepúlveda, María Claudia Franco, Alida Saavedra, Luis Jorge Hernández, Martha Lucía Mora, Beatriz Guerrero, Gabriel Lozano, César Cortes, Luz Adriana Zuluaga, María de Jesús Olivo Díaz y Zulema Jiménez, sin el aporte del cual este libro no habría sido posible.

De igual forma nuestro especial agradecimiento al equipo de trabajo del Hospital de Suba II Nivel ESE constituido por la doctora Sandra Lozano Cerón (gerente del Hospital), Olga Lucía Velásquez, Carolina Zárate, Fernando Mendigaña, Miguel Romero, Iván Alvarado, Jackelin Sandoval, Diana Jiménez, Julia Cabarcas, César Monsalve, Dora Duarte, Martha Aponte, Soraya Murcia, Susana Naranjo y Camilo Jiménez que con su valiosa colaboración se hizo posible este trabajo.

Este libro fue ralizado con las colaboración de la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativos, Posgrados de Administración en Salud y Seguridad Social.

Las fotos utilizadas en este libro han sido facilitadas por Alida Saavedra de la Secretaría Distrital de Salud, y por Carolina Zárate del Hospital de Suba II Nivel ESE.

Presentación

Este libro es el resultado del esfuerzo conjunto de un equipo de investigadores apoyado por la Secretaría Distrital de Salud, el Hospital de Suba II Nivel ESE y los posgrados de Administración en Salud y Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. El libro recoge las enseñanzas de la experiencia del proceso de cambio de los servicios de salud de la Secretaría Distrital de Salud a la luz del diseño e implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud, APIS, en la ciudad de Bogotá D. C. desde finales del año 2004. Su contenido es relevante y actual no sólo para continuar el proceso de mejoramiento del sistema de salud de la ciudad, sino porque dá luces para los cambios de la política de salud del país, en la medida en que la crisis de la misma hace cada vez más urgente la necesidad de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, en tanto que el *Informe sobre la salud en el mundo 2008,* de la Organización Mundial de la Salud, le ha asignado a la APS un papel decisivo para tales transformaciones al redefinirla como un conjunto de reformas de los sistemas de salud para enfrentar los actuales desafíos de la salud, guiándose por los valores de equidad, solidaridad y justicia social, teniendo en cuenta las expectativas de la población.

Una vez la Atención Primaria de Salud, APS, ha sido científicamente reconocida como una estrategia eficaz para lograr resultados en salud, equidad en salud y disminuir los costos de los sistemas de salud, el

debate mundial ha girado ahora hacia la utilización de los valores, principios y experiencias acumuladas por la APS como una guía cierta para la transformación de los sistemas de salud en función de alcanzar el bienestar, la calidad de vida y la equidad social de los pueblos.

Las evidencias científicas acumuladas durante treinta años indican que la APS ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte, promover la salud, lograr una distribución más equitativa de la salud y una asignación más eficiente de los recursos en el sistema de salud. Este papel de la APS, significativo en función de los nuevos derroteros de las políticas globales y nacionales de salud que apuntan a mejorar la salud, no sólo en términos de resultados promedio generales sino en función de la reducción de las inequidades sociales, está promoviendo debates importantes en temas cruciales para la transformación de los sistemas de salud, como la universalidad de la cobertura y el acceso, la integralidad de las respuestas del sistema y de los servicios de salud, la equidad en la utilización de los servicios según necesidad, la integración de las acciones de atención individuales y colectivas, la coordinación de las intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, y sobre el papel de los sistemas de salud y de la atención primaria en la acción intersectorial y la movilización social para el desarrollo de políticas públicas saludables, redistributivas, incluyentes e interculturales.

El papel de la APS para garantizar el derecho a la salud, la justicia social y la equidad en salud ha sido desconocido por la actual política nacional de salud de Colombia, la cual no sólo ha segmentado y fragmentado las acciones del sistema de salud, creado barreras de acceso para la atención especialmente de los trabajadores, comunidades étnicas, sectores pobres y medios de la población, y reducido ésta a acciones focalizadas y biomédicas, sino que ha creado en el imaginario colectivo la idea de que la APS es cosa del pasado e incompatible con las nuevas características, supuestamente más avanzadas y eficaces, del sistema de atención en salud constituido a partir de la Ley 100 de 1993. De acuerdo con esta política lo que debería promoverse es un enfoque de búsqueda de la calidad y la eficiencia del sistema de atención en salud, fundamentado en la competencia regulada entre prestadores de servicios de salud y aseguradores, y en el desarrollo de modelos biomédicos de asistencia básica de carácter individual o familiar, domiciliaria y/o comunitaria, pero libremente escogidos por los aseguradores y prestadores de servicios según criterios de costo-beneficio y costo-efectividad, como estrategias de control

de costos y de competencia en el mercado de la salud. La experiencia de Bogotá al tiempo que desmitifica la postura intransigente del Gobierno nacional frente al potencial de la APS para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, muestra las enormes dificultades que la racionalidad de una política de salud fundamentada en los valores y principios del mercado, genera para la transformación del sistema y de los servicios de salud en función de la justicia y la equidad social.

Asumir el debate sobre el papel de los valores, principios y enseñanzas de la APS en el cambio del sistema de salud de Colombia, implica replantear el papel asignado al Estado por la Ley 100 de 1993 respecto del sistema y los servicios de salud; entender la conexión entre atención médica individual y acciones colectivas y el papel de la salud colectiva como rectora del sistema de salud y de la atención primaria como coordinadora de la prestación de los servicios de salud; comprender el rol de los trabajadores de la salud, la participación social y la acción intersectorial en la constitución de las políticas públicas, planes y programas de salud a partir de los servicios y sistema de salud; y, sobre todo, el contexto socioeconómico y político más amplio y las características valorativas y de principio fundacionales del sistema de salud que orientan la visión, organización y práctica del trabajo en el sector salud. En lo que sigue procuraremos dar una mirada a estos tópicos en el marco de la experiencia de Bogotá en la implementación de una estrategia de Atención Primaria con enfoque integral, la cual se desarrolla desde el año 2004.

En los capítulos de inicio se presenta el contexto y los antecedentes de la APIS, iniciando en el primer capítulo con el desarrollo histórico de la APS a nivel mundial, regional y nacional, destacando la relevancia del papel de la APS en la transformación de los sistemas y servicios de salud, y los renovados bríos en su fortalecimiento, debido a su rol fundamental en la equidad en salud.

Posteriormente, en el segundo capítulo se trazan los elementos esenciales que definen la APIS, tomando como línea de partida la declaración de Alma-Ata y contrastándola con la delimitación temprana a un enfoque selectivo promovido por la UNICEF y el Banco Mundial, basados en una interpretación racionalista de la toma de decisiones para la selección de intervenciones médicas, e identificando los elementos de APIS incluidos en el reciente *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, de la Organización Mundial de la Salud.

En el tercer capítulo se describen los orígenes y desarrollo de la APS en Colombia, enfatizando en las características del modelo adoptado en las décadas de los ochenta y noventa, su desarrollo en el período de descentralización del Sistema Nacional de Salud y las restricciones con el nuevo Sistema General de Seguridad en Salud, aunque se han generado iniciativas de gobiernos alternativos en Bogotá, Medellín, Santander y el Valle del Cauca. De la experiencia de Bogotá se presentan las lecciones y enseñanzas aprendidas en los aspectos críticos de la integración de servicios, la acción intersectorial y la participación comunitaria.

Los capítulos subsiguientes se centran en la presentación analítica del diseño conceptual y operativo de la APIS en Bogotá. Así, en el cuarto capítulo se describe el modelo filosófico y conceptual desarrollado en el marco de la política distrital de salud 2005-2008 dirigida a garantizar el derecho a la salud de la población, y que se basó tanto en fuentes teórico-conceptuales y normativas internacionales, como también en las enseñanzas de las experiencias prácticas de aplicación de la APS en países como Brasil, Costa Rica y Chile.

En el capítulo quinto se presenta el modelo operativo de la estrategia de APIS en Bogotá, que incluye la descripción de las fases de implementación de Salud a su Hogar que confluyen actualmente en la conformación de "Complejos de Atención Primaria de Salud", los cuales están integrados funcionalmente por el conjunto de instituciones, procesos y recursos que propician la articulación de todas las intervenciones que en el sector salud se desarrollan con los individuos y colectividades.

En el capítulo sexto se describen los cambios en la gestión de prestación de servicios de salud y los modelos de contratación e interventoría para la APIS, destacando los logros en la reorientación de la política de prestación de servicios, pero también las problemáticas y retos que actualmente se enfrentan en el Distrito Capital.

En el séptimo capítulo se describe el sistema de información y financiamiento, con ejemplos de experiencias y esfuerzos locales relevantes como el desarrollado en la localidad de Suba.

El capítulo octavo hace énfasis en la importancia del recurso humano en la estrategia de APIS y en las características específicas de contratación, formación y construcción de capacidades en Bogotá.

A su vez, en el noveno capítulo se revisa la acción intersectorial por la salud y la rectoría del sistema de salud en el marco de la APIS, describiendo cómo la APS promueve la Acción Social Integral, entendida como el conjunto de las diversas acciones realizadas en un territorio determinado para organizar respuestas sociales integrales frente a una necesidad o problema identificado de la población, con lo cual se busca articular distintos actores y procesos gubernamentales, del sector privado y de la sociedad civil en distintos niveles de acción y ámbitos cotidianos específicos tales como el distrital, local, zonal, micro territorios, escuelas, hogares y sitios de trabajo.

En los últimos capítulos se presentan los productos y resultados de la estrategia de APIS en Bogotá, para lo cual en el décimo capítulo se describe el caso de la localidad de Suba por ser una experiencia exitosa y pionera en el distrito.

En el capítulo once se resalta la importancia de la evaluación de los atributos de la APIS, presentando como ejemplo un estudio de este crucial aspecto realizado en la misma localidad.

En el capítulo doce se destacan los elementos conceptuales, relevancia y resultados de la evaluación económica de la APIS; posteriormente, el capítulo trece se enfoca en la participación y empoderamiento comunitario, concluyendo que estos elementos continúan como retos y tareas pendientes de la APS en el Distrito; mientras que en el capítulo catorce se muestra cómo la implementación de la estrategia de APIS en Bogotá se relaciona con la disminución de disparidades en los resultados en salud de la población.

El capítulo de cierre enfatiza en que la APIS se convierte en la luz de cambio ante sistemas de salud mercantilizados y enfocados sólo a los aspectos económicos de la atención en salud, y en que la APIS debe ser promovida, como lo establece el reciente *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS, ya que se constituye en una alternativa viable y efectiva para mejorar con equidad las condiciones de salud de la población.

1



El papel de la Atención Primaria de Salud en la transformación de los sistemas de salud

Román Vega Romero

Los antecedentes mundiales

A comienzos del siglo XX emergieron en Europa, particularmente en Inglaterra, dos discusiones relevantes para este estudio y relacionadas entre sí: la primera de ellas, sobre la relación entre la prevención y la curación en el campo de la atención médica personal, y de la relación entre ésta y la salud colectiva y del ambiente en el marco de los servicios de salud; segunda, acerca de la responsabilidad pública en la atención médica personal, colectiva y del ambiente, y de las conexiones entre éstas y las políticas públicas y sociales relacionadas. De forma más general, la primera discusión se refirió a las funciones y alcance de la integración de los servicios de salud y, la segunda, a la trascendencia y contenido de lo que hoy pudiéramos llamar Salud Pública en sentido amplio (Navarro, 1998), o de la política nacional de salud desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Navarro, 2007).

Si bien desde temprano se tendió a dejar la responsabilidad de la salud ambiental y colectiva en las autoridades sanitarias, ello no fue tan claro para el caso de los servicios médicos personales. Al respecto hubo generalmente dos tipos de discusiones: la primera, sobre si dejar la atención médica personal como responsabilidad pública o privada; la segunda, sobre si mantener o no integradas la intervención personal preventiva con la curativa tanto en el nivel de coordinación como en el de

financiación, administración y prestación. La discusión tanto en uno como en otro aspecto tuvo que ver con el interés particular de los médicos y autoridades de pensamiento liberal, que ejercían y defendían la medicina privada en la esfera de las relaciones de mercado libre, y el de los médicos y autoridades públicas de pensamiento socialista que defendían la responsabilidad pública no sólo frente a las necesidades de salud de los pobres, sino frente a los desafíos de salud que comprometían al interés nacional y del conjunto de la población y que no podían resolverse sin la intervención del Estado (ver, por ejemplo, Foucault, 1976 y 1977; Mckeown *et ál.*, 1974; Webster, 1998).

En Inglaterra, por ejemplo, esos dos debates se resolvieron en parte con la creación del Sistema Universal de Seguridad Social que propuso el *Informe Beveridge* de 1941 para proteger a las familias y satisfacer sus necesidades relacionadas con la pobreza, el desempleo, la vejez, la accidentalidad en el trabajo, entre otras, y con la constitución del Servicio Nacional de Salud, National Health Service, NHS, en 1948, que fue concebido como parte integrante del mismo.

Sin embargo, el grado de integración alcanzado en los servicios de salud estuvo determinado por el desenlace de la disputa entre quienes, alrededor de 1905-1909 proponían, de un lado, la organización de un servicio médico estatal unificado con base en los principios de la salud y descentralizado por áreas locales y, de otro lado, la organización de servicios médicos privados, adicionales a los públicos, pagados con fondos públicos para quienes no pudieran pagar. La diferencia de fondo entre una y otra postura era sobre el alcance de la responsabilidad pública por los servicios de salud y la integración de la atención preventiva, la curativa y ambiental, y sobre el papel de la medicina privada principalmente en la asistencia de tipo curativo.

Si bien se amplió parcialmente la responsabilidad pública por los servicios de salud con la creación del Seguro Nacional de Salud en 1911, como señaló en su momento Mckeown *et ál.* (1974: 241-243), el precedente enormemente negativo para el futuro de la integración de los servicios de salud fueron dos hechos fundamentales: primero, el haber definido como responsabilidad pública de las autoridades de gobierno locales sólo la prevención de las enfermedades, en tanto se creó una administración del seguro de enfermedad separada de éstas dejando el tratamiento de las enfermedades en manos privadas y, segundo, el hecho de haber dejado



sólo los servicios preventivos personales y la medicina ambiental bajo la responsabilidad de las autoridades locales, a su vez separando éstos de los servicios curativos suministrados por los médicos generales, los especialistas y los hospitales.

El Servicio Nacional de Salud que se creó en 1948 como resultado del avance político de la lucha de los trabajadores, combinó tres principios de la propuesta de Beveridge que revolucionaron los sistemas de salud del mundo en el período. Primero, fue de *accesibilidad universal*, es decir, disponible para todos; segundo, fue de carácter *integral* en la medida en que incluyó todas las intervenciones curativas y preventivas disponibles y, por último, en ruptura con la tradición de las leyes de pobres y de la asignación de subsidios mediante pruebas de medios, hizo *libre de pagos* el uso de los servicios demandados a quienes los necesitaban sin discriminación. Una característica adicional de este sistema, también inspirada en el *Informe Beveridge*, fue la del modo de financiamiento. Para garantizar la solidaridad, la universalidad y el disfrute de beneficios iguales para todos, se diseñó un *fondo financiero único de manejo público centralizado* cuya fuente principal de financiamiento fueron los *impuestos generales*, con participación menor de las contribuciones de seguridad social y los impuestos locales (Webster, 1998). Buscando una mejor integración de los procesos y funciones de los servicios de salud, se produjeron reorganizaciones sucesivas entre las cuales se destaca la introducción entre los años setenta y finales de los ochenta del sistema de prestación de

servicios, fundamentado en médicos generales como puerta de entrada al sistema de salud y su cualificación posterior con la constitución de un *modelo de atención primaria con enfoque familiar*, enlazando así las intervenciones curativas con las preventivas y convirtiendo algunos elementos de la filosofía y principios de la APS aportados por Alma-Ata en factor de mejoramiento del sistema de salud, de la salud de la población y de la reducción de sus costos no sólo en el propio campo de la medicina general sino en el de la atención especializada y hospitalaria. Aunque la atención primaria en cierta forma absorbió muchas de las actividades de la salud pública convencional que se desarrollaban en el marco de los servicios de atención personal y de salud comunitaria, este enfoque de APS ignoró los principios más amplios propuestos en Alma-Ata como lo son la equidad, la integración de la intervención preventiva secundaria y terciaria con la primaria, la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud y la descentralización, entre otros en los que poco se hizo énfasis desde los servicios de salud, (Green *et ál.*, 2007).

Lo que en últimas emergió de ese proceso de reorganización del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra fue un modelo biomédico de salud, que se hizo hegemónico y excluyó del NHS otros enfoques de salud complementarios con base en la salud colectiva como los servicios sociales o ambientales de salud (Moran & Watkins, 1991). Esta es una lección importante a ser tenida en cuenta para las intenciones de establecer una adecuada relación de integralidad entre la estrategia de APS y la salud pública, en el proceso de transformaciones que se demanda del actual Sistema de Salud de Colombia.

Para los años cincuenta y sesenta ya se había logrado un amplio desarrollo conceptual y político sobre el alcance de la prevención, la importancia de la integración de los cuidados médicos, del desarrollo social y de los servicios sociales en función de la salud, del derecho a estos servicios así integrados por parte del conjunto de los individuos y de la población, y sobre la responsabilidad pública para garantizarlos y propiciar la articulación de éstos con el desarrollo económico y social con justicia social.

La medicina preventiva en sus dos expresiones de práctica pública y privada era entendida como arte y ciencia orientada a la prevención de la enfermedad, la prolongación de la vida y la promoción de la salud física y mental (Goldmann & Leavell, 1951; Leavell & Clarck, 1965). Recientes elementos en el plano del saber y de la tecnología médica habían venido

propiciando novedosas formas de intervención en el plano de la atención curativa como el desarrollo de las tecnologías médico-quirúrgicas, de los antibióticos y de su eficaz influencia en la terapéutica, entre otros. Se utilizaban nuevos conceptos para relacionar determinantes de la salud y factores de riesgo individuales, familiares y poblacionales como la pobreza, la contaminación atmosférica, la educación, la obesidad, el tabaquismo, los factores genéticos, entre otros. Base para el enfoque de la medicina preventiva y para la integración de la atención médica personal y de los servicios de salud colectivos, fue el cambio del objeto de estudio de la epidemiología, antes referido fundamentalmente a las epidemias. En su versión moderna, la epidemiología incluía los diversos factores y condiciones que determinaban la ocurrencia y distribución de la salud y de la enfermedad en general, y las alteraciones, discapacidades y muerte entre los individuos en particular (Leavell & Clarck, 1965).

También se reconocía claramente que la lucha contra la enfermedad y la muerte y por el desarrollo de la salud trascendía el plano de los servicios de atención médica individual y comprometía otras dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales igualmente determinantes del estado de salud de los individuos y, sobre todo, de la población. Por lo menos era un hecho reconocido la necesidad de programas de acción integrales tanto sectoriales como intersectoriales para mejorar la salud de las poblaciones. El paso de un enfoque centrado en la atención de las enfermedades de los individuos a otro orientado a la atención del proceso salud-enfermedad de las poblaciones fue determinante. En los países capitalistas europeo-occidentales el Estado de Bienestar fue la más clara materialización de esta tendencia, como lo fue el experimento socialista inaugurado por la Revolución de Octubre de 1917 en los países europeo-orientales.

En su conjunto, en Europa, alrededor de los años cincuenta, se conquistó el derecho integral y universal a la salud y el derecho a estar enfermo y a ser atendido cuando se necesitaba, como responsabilidad pública que debía garantizar el Estado. Se pasó de la asistencia de los pobres, y del seguro social bismarckiano limitado a los trabajadores y con énfasis en la curación de la enfermedad, a una concepción de seguridad social universal, integral y con fundamento en la solidaridad y la ciudadanía social modernizada, legitimada y sustentada en un modelo de desarrollo económico, el Estado de Bienestar o el Estado socialista, hizo viable y sostenible la garantía de la curación, prevención y rehabilitación de todos y todas por medio del pleno empleo y la redistribución de la riqueza y de los ingresos. Desde entonces,

al consolidarse la salud y la seguridad social como un derecho, éstos entraron definitivamente en el campo amplio de las luchas sociales y políticas y dejaron de ser del resorte exclusivo de la caridad privada y pública.

Los antecedentes regionales y nacionales

El tema de la integración de la salud pública convencional con la atención médica individual, y de éstas con otros servicios y acciones sociales, ha sido un punto nodal de la discusión sobre el carácter de las políticas y de las intervenciones de los sistemas de salud en América y Colombia. La discusión ha diferenciado el discurso y la práctica de los expertos en salud de mentalidad liberal con influencia del establecimiento estadounidense, de los de mentalidad social y latinoamericana. Los primeros han tendido a separar las intervenciones de salud pública, incluso la medicina preventiva individual, de las de atención médica curativa, dejando las primeras bajo la esfera de los servicios del Estado y la última bajo el dominio de la práctica privada y del mercado. Entre tanto, los segundos han tendido a integrar las acciones de prevención, curación y rehabilitación alrededor de una noción de *salud colectiva* más amplia que la de la salud pública convencional (Granda, 2004; Iriart *et ál.*, 2002). Esta discusión se hizo más evidente con los eventos que llevaron a la ola de reformas estructurales de los sistemas sanitarios con el enfoque de la nueva gestión pública y de la economía neoclásica de la salud impulsadas por el Consenso de Washington, el Banco Mundial y las tendencias de gobierno, de corte neoliberal de la región que, desde una perspectiva puramente biomédica, sectorial y de mercado, definitivamente han separado las intervenciones individuales, concebidas como bienes privados, de las colectivas con altas externalidades positivas para la salud, concebidas como bienes públicos (Banco Mundial, 1993).

En el fondo de esa discusión han estado dos problemas centrales: primero, el de la comprensión de lo que es el proceso salud-enfermedad y cómo debe ser garantizado el derecho a la salud; segundo el de cómo la visión de lo primero y el papel asignado al Estado y al mercado en las políticas públicas y sociales de nuestros países ha influenciado la integración de los servicios de salud y la organización y definición de las funciones de los sistemas de salud, la dilucidación de las características de la práctica médica y el contenido de las políticas de salud. Ha habido tres puntos centrales en esta última discusión: primero, el técnico-científico;

segundo, el ético-político y, tercero, el relacionado con la amplitud de los sistemas de salud en relación con el contenido de las políticas de salud, los recursos y estructura del financiamiento, y la coordinación, administración y organización de la entrega de los servicios (OPS/OMS, 2002).

Desde el punto de vista técnico-científico una postura –con gran influencia del pensamiento dominante en Estados Unidos– ha definido la atención médica como el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación para la atención a las personas individualmente consideradas (OPS/OMS, 1962; Rosen, 1993). Para ellos las políticas y servicios que operan a nivel colectivo, como los referidos al saneamiento ambiental, los programas de asistencia alimentaria y nutricional y de control de la contaminación atmosférica, entre otras, deben mantenerse separadas de la atención médica individual, como bienes estrictamente públicos. Incluso las posturas extremas de esta posición han buscado separar la práctica y organización de la medicina curativa y preventiva individual, dejando la primera bajo la responsabilidad privada y la segunda en los servicios del Estado.

Contrario a las anteriores posiciones, la medicina social latinoamericana no hace separación entre la atención médica individual y la salud de la población y del ambiente. Ambos tipos de procesos se integran bajo la noción de salud colectiva en tanto el proceso salud-enfermedad es determinado por un conjunto complejo de procesos interrelacionados y multidimensionales, a su vez determinados por el modo económico de producción y reproducción social y no sólo por la atención médica (Iriart *et ál.*, 2002). Lo más importante en este enfoque fue señalar que la salud no es simplemente resultado del crecimiento económico ni de la acción voluntaria de las personas y de los servicios de salud. La mejoría de la salud y sobre todo, la reducción de las inequidades en salud, es consecuencia del cambio en las condiciones económicas, sociales y de calidad de vida de las poblaciones y del contenido redistributivo de las políticas públicas, incluidas las del sector salud, hacia los grupos socioeconómicamente en desventaja. Por tanto, el enfoque de la medicina social y de la epidemiología crítica latinoamericana ha sido crucial en el desarrollo de esta perspectiva y contrario a las visiones desarrollistas, biomédicas y positivistas de la salud pública y epidemiología convencionales (Granda, 2004; Iriart *et ál.*, 2002).

Desde el punto de vista ético-político los primeros asumen la atención médica a las personas como un bien privado cuyo acceso está mediado

por las reglas de juego del mercado, elección estratégica que sirve como objeto de inversión de capital privado y de transacciones de capitales en general, y sólo dejan bajo la responsabilidad estricta del Estado las intervenciones colectivas con altas externalidades positivas para la salud, en tanto que las atenciones médicas para las personas pobres sin capacidad de pago son financiadas con recursos públicos, pero se incluyen en los esquemas de mercado a través de subsidios a la demanda. Los segundos entienden la salud como un derecho humano fundamental de responsabilidad pública, lo que determina no sólo el acceso a los servicios integrales de atención individual en salud para todas las personas, sin discriminaciones por capacidad de pago o de otra índole, sino también a los servicios de carácter colectivo y ambiental –factores psicosociales, económicos y del ambiente físico–, que en su conjunto debe garantizar el Estado, no importa el arreglo organizacional para lograrlo.

Desde la perspectiva del arreglo organizacional de los sistemas de salud, en consecuencia con la postura técnico-científica y ético-política adoptada, se han diferenciado dos grandes tendencias: primera, quienes han defendido los esquemas de atención médica comercializados, o que a lo sumo admiten la coordinación o integración funcional entre los distintos subsectores –privado, público y de seguridad social– con fines de eficiencia y/o rentabilidad económica, pero que desde el punto de vista organizacional terminan en arreglos segmentados y fragmentados en formas diversas tanto en la atención como en el gobierno; segundo, quienes han defendido esquemas universalistas de sistemas de salud ya sea mediante el esquema de sistemas nacionales de salud o de sistemas de seguridad social, que son sistemas orgánicamente integrados según el arreglo institucional, y los cuales se establecen primordialmente con fines de solidaridad, justicia social y equidad. Hasta ahora la tendencia predominante en la mayoría de los países de América Latina había sido la de la organización de sistemas de salud segmentados y fragmentados, ya fuese por el mecanismo de la integración funcional o de su privatización y comercialización.

Si bien la figura de un servicio nacional de salud, universal y de libre acceso, financiado con aportes del jefe del hogar en función de los ingresos salariales y del tamaño de las familias, mas aportes fiscales de solidaridad para las personas sin capacidad de pago, o la de un sistema de seguridad social bismarckiano basado en la contribución y la solidaridad, estuvo siempre en la mente de algunos de los expertos participantes en los debates sobre el tema desde el decenio de los sesenta (ver OPS/OMS,

1966), no se creía en la posibilidad de organizar un esquema universal de este tipo en nuestros países porque ello implicaría, se aducía, un aumento significativo del gasto fiscal en salud como porcentaje de Producto Nacional Bruto y del gasto de los individuos y de las empresas para pagar las cotizaciones.

De ahí que los gobiernos liberales y conservadores se hubiesen inclinado por la extensión progresiva de la cobertura del seguro social bismarckiano y/o por la coordinación de las acciones de los servicios de éste con los servicios de los subsistemas oficial (OPS/OMS, 1967), de las beneficencias y del sector privado. La historia indica que ésta no fue una experiencia positiva para la universalización de la cobertura, integralidad e integración de los servicios de salud, ni para el mejoramiento sustancial de la efectividad y equidad de los resultados en salud, por lo menos en Colombia, lo que a la postre sirvió a los neoliberales para justificar la reforma que llevó a la "alternativa" hoy conocida como "nuevo universalismo" (Banco Mundial, 1993), o "pluralismo estructurado" (Frenk & Londoño, 1997), que en un contexto y lógica de mercado regulado de aseguramiento y de prestación de servicios produjo el sistema segmentado, fragmentado y de cobertura parcial al que dio origen la Ley 100 de 1993. Sólo en los años recientes se ha venido expandiendo a otros países del continente la experiencia de sistemas públicos unificados como los de Cuba, Costa Rica y Brasil en el marco de posteriores reformas progresistas de los sistemas de salud (Laurell, 2008). En estas reformas, la APS ha venido jugando un papel crucial en la organización y desempeño de los servicios y en la interacción del sistema de atención en salud con otros sectores y actores de la sociedad.

El renacimiento de la APS y su papel en la equidad en salud

La discusión entre las fuerzas neoliberales y progresistas sobre el carácter y fines del sistema de salud ha tomado nueva forma con el renacimiento de la estrategia de APS y la lucha por la justicia social y la equidad en salud. Según las posiciones políticas progresistas, para que los sistemas de salud pro-equidad y justicia social sean efectivos, es crucial que integren las acciones de salud poblacional con las de atención individual, que garanticen no sólo el primer contacto como puerta de entrada al sistema de prestación de servicios sino la atención integral, continua y



coordinada, la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Ello necesita de sistemas de salud fundamentados en los valores y principios de la APS, es decir, con garantía de accesibilidad universal y uso equitativo de los servicios, integración en red entre los servicios de atención primaria y los de atención especializada y hospitalaria, además de fortalecimiento de sus capacidades para promover las acciones intersectoriales y comunitarias.

Las posiciones progresistas defienden un enfoque de APS en el marco de los valores y principios de Alma-Ata (OMS, 1978) los cuales hoy se expresan, con matices, en la propuesta de renovación de la APS impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO/WHO, 2007), en la de Atención Primaria Integral de Salud, APIS, que defienden diversos sectores académicos y sociales a escala global y regional organizados alrededor del Movimiento por la Salud de los Pueblos (PHM –People's Health Movement–, 2002) y la de la OMS (2008), expresada en su informe reciente sobre la salud en el mundo, 2008. Por el contrario, las posiciones neoliberales siguen apoyándose en los antecedentes de la APS Selectiva (Walsh & Warren, 1979; ver también Cueto, 2004) que redujo la APS, como ella fue formulada en Alma-Ata, a un esquema de intervenciones médicas sencillas y costo-eficaces, y en el enfoque de reforma de los sistemas de salud promovido por el Banco Mundial (1993) orientado por una concepción de atención primaria con énfasis en la intervención biomédica e individual de la enfermedad (ver también Mahler, 1977b), el control del acceso a los servicios de salud y de sus costos. Interesante la convergencia del

conjunto de fuerzas y de posturas valorativas y de principios que desde Alma-Ata han definido que el objetivo planteado en la formulación "… todos los ciudadanos del mundo alcancen un grado aceptable de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (Mahler, 1977a: 548-549), sólo puede lograrse con una estrategia de APS orientada a impulsar un proceso de transformación de los sistemas de salud y de la sociedad, para crear condiciones que permitan mejorar la salud colectiva y no sólo ni principalmente para la intervención médica individual de la enfermedad y el control de sus costos (ver también Mahler, 1977b; OMS, 1978; Rifkin & Walt, 1986).

Los esfuerzos recientes más connotados de reflexión colectiva con respecto a las características y el papel de la APS en la transformación de los sistemas de salud y en la mejoría de la salud y de la equidad en salud, han sido los de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS 2005; PAHO/WHO, 2007), la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (KNHS, 2007), la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS/CDSS, 2008) y la Organización Mundial de la Salud (2008).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2005):

> Un Sistema de Salud basado en la APS es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población; orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un Sistema de Salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para

> alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un Sistema de Salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud (p. II).

Por su parte, a partir de la exploración de las características que debe reunir un sistema de salud para que contribuya a la eliminación o reducción de las inequidades sociales en salud, la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud (KNHS, 2007) ha hecho énfasis en que un sistema de salud pro-equidad es aquel que confronta adecuadamente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y en sí mismo es un determinante social de la salud. Los *sistemas de salud pro-equidad* se fundamentan en dos valores centrales: la *salud como un derecho social fundamental* de todos los ciudadanos, y la *equidad social en salud*. Para que los sistemas de salud promuevan la equidad en salud deben ser fortalecidos en la dirección de lograr que trabajen con un enfoque no convencional de la salud pública, trascendiendo el énfasis individual y centrado en la enfermedad del enfoque biomédico tradicional. Trabajar con un enfoque no convencional de salud pública significa enfrentar las inequidades en salud entre grupos de la población y entre regiones, atacando los mecanismos que explican tales inequidades, es decir, los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS/CDSS, 2008). De acuerdo con este planteamiento los sistemas de salud generan equidad en salud y reducen la desigualdad social en salud si actúan apalancando intervenciones con efectos sobre los determinantes sociales estructurales y/o los intermediarios de la salud:

- Sobre los *estructurales*, a través de la acción intersectorial por la salud, el empoderamiento y la movilización social.
- Sobre los *intermediarios*, a través del papel redistributivo del gasto público del sistema de atención de salud, la APS, la protección financiera de los hogares y el trato respetuoso y digno de los usuarios.

El sistema de atención en salud, que se diferencia de la noción más amplia de sistema de salud, es redistributivo cuando cumple con las siguientes características clave:

- Cobertura y acceso universal.
- Financiamiento público, principalmente con impuestos generales progresivos y subsidios cruzados.

- Ninguna carga para los pobres por la utilización de los servicios.
- Beneficios y servicios integrales, atención integrada y de buena calidad, que garanticen acceso y protección financiera de los pobres.
- Fortalecimiento de la provisión pública de servicios, porque es la más redistributiva.
- Poner los valores y principios de la APS como fundamento organizador de la acción del sistema y de la prestación de los servicios.

Vale la pena destacar que todas las formas de acción sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud, que ahora se definen como necesarias para la constitución de sistemas de salud pro-equidad, fueron justamente las que constituyeron los principios y elementos centrales de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que dio origen a la estrategia de APS para lograr salud para todos. La APS debe ser revitalizada y convertida en el fundamento para la transformación de los sistemas de salud pro-equidad por las siguientes razones, que han sido fundamentadas con base en las evidencias estudiadas por la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud y otros investigadores (ver Starfield, Shi & Macinko, 2005; HS-KN, 2007; PAHO/WHO, 2007; Beaglehole *et ál.*, 2008; OMS, 2008):

- Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- Potencia el empoderamiento y la acción social.
- Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica.
- Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.
- Articula la atención clínica individual con la acción colectiva y sirve de orientadora y coordinadora del acceso a los demás niveles de atención en salud y a otros servicios sociales.
- Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- Mejora la prevención y manejo de todas las enfermedades, particularmente de las enfermedades crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayuda a la seguridad alimentaria y nutricional.
- Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud.

El *Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud* (OMS/CDSS, 2008) ha reforzado el significado de este papel de la APS al señalar que al "crear sistemas sanitarios de calidad con cobertura universal, centrados en la Atención Primaria de Salud" (p. 12), éstos pueden contribuir a la buena salud y a la reducción de las inequidades en salud. La Comisión ha recalcado que:

> Los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro, y haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención (p.13).

Por último, la Organización Mundial de la Salud en su *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (p. 10-11) propone un enfoque de la APS para la reformulación de los sistemas de salud con base en cuatro procesos de reformas que garanticen:

- "que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: *reformas en pro de la cobertura universal;*
- "reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: *reformas de la prestación de servicios;*
- "reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas;
- "reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: *reformas del liderazgo*".

Para que las anteriores argumentaciones se materialicen y hagan de la APS un instrumento crucial para los sistemas de salud pro-equidad, se

requiere de un enfoque de APS Integral, explícitamente fundamentado en los valores y principios de equidad en salud, derecho a la salud, acción sobre los determinantes sociales de la salud, orientación hacia las personas, las familias, las comunidades y el ambiente, y que desarrolle un conjunto de estrategias que permitan proveer atención médica integrada a los individuos, generar autocuidado y educación en salud, organización y desarrollo comunitario, movilización y empoderamiento social, acción intersectorial para mejorar la salud, abogacía y construcción de coaliciones y redes sociales por la salud. A las características del enfoque integral de la APS nos referiremos en el capítulo que sigue.

Referencias

Banco, Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington D. C.

Beaglehole, R. *et ál.* (2008). "Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-income and Middle-income Countries: a Priority for Primary Health Care", en *Lancet,* 372, pp. 940-49.

Cueto, M. (2004). "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", en *Joint Learning Initiative Working Paper, Global Health Trust*, pp. 1-8.

Foucault, M. (1976). "La crisis de la medicina o la crisis de la anti-medicina", en *Educación Médica y Salud,* 10 (2), pp. 152-170.

_____. (1977). "Historia de la medicalización", en *Educación Médica y Salud,* 11 (1), pp. 3-25.

Frenk, J. & Londoño, J. L. (1997). "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", en Salud y Gerencia, 15 (1), pp. 6-28.

Goldmann, F. & Leavell, H. R. (1951). "The Problem of Medical Care", en *Ann. Am. Acad. Polit. and Social Sc.*, 273, pp. 1-2.

Granda, E. (2004). "La salud: un derecho a conquistar". Mesa Redonda Alames: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina. IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Lima, 11 al 15 de agosto de 2004.

Green, A., Ross D. & Mirzoev T. (2007). "Primary Health Care and England: The Coming of Age of Alma-Ata", en *Health Policy,* 80, pp. 11-31.

HSKN, Health Systems Knowledge Network. (2007). "Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health". Geneva: World Health Organization. Final Report, June 2007.

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh J., Estrada, A. & Merhy E. E. (2002). "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", en *Revista Panamericana de Salud Pública,* 12 (2).

Labonte, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., Vega Romero, R., Viswanatha, V., Barten, F., Hurley, C., Tujuba Ali, H., Manolakas, H., Acosta Ramírez, N., Pollard, J., Narayan, T., Mohamed, S., Peperkamp, L., Julie Johns, Ouldzeidoune, N., Sinclair & Pooyak, Sh. (2008). "Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review", en *Australian Journal of Primary Health,* 14 (3), pp. 58-67.

Laurell, A. C. (2008). Editorial: "Sacando las reformas progresistas de la sombra", en *Medicina Social,* 3 (2), pp. 83-86. Recuperado en www.medicinasocial.info

Leavell, H. R. & Clarck, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community. An Epidemiological Approach*, New York, McGraw-Hill.

Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K. & Chopra, M. (2008). "Alma-Ata 30 Years on: Revolutionary, Relevant and Time to Revitalize", en *Lancet,* 372, pp. 917-27.

Mahler, H. (1977a). "Plan de salud para todos", en *Crónica de la OMS*, 31, pp. 548-556.

_____. (1977b). "Necesidad de una revolución social en la salud de la comunidad", en *Crónica de la OMS,* 31, pp. 283-289.

Mckeown, T. & Lowe, C. R. (1974). *An Introduction to Social Medicine*. (2nd. Ed.). London, Blackwell Scientific Publications.

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*, Bogotá.

Moran, G. & Watkins, S. (1991). "The Medical Guardians", en Draper P. (Ed.), *Health Through Public Policy. The Greening of Public Health*, London, Green Print.

Navarro, V. (1998). "Concepto actual de la salud pública", en Martínez Navarro F. y cols. *Salud Pública*, Madrid, McGraw Hill Interamericana, pp. 49-54.

_____. (2007). "What is a National Health Policy", en *International Journal of Health Services,* 37 (1), pp. 1–14.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud.* Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URRS, Ginebra. Serie Salud para Todos No. 1, 6-12 de septiembre de 1978.

OMS, Organización Mundial de la Salud/CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Ginebra, Suiza, resumen analítico del Informe Final. Recuperado en www.who.int /social_determinants

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2008). "La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca". Ginebra, Suiza.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2005). "Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS. La renovación de la APS en las Américas: orientación estratégica y programática para la organización".

_____. (1962). "Atención médica. Bases para la formulación de una política continental", en *Publicación Científica* No. 70, Washington, D. C.

_____. (1967). "Coordinación de los servicios médicos. Discusiones técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana", en *Publicación Científica* No. 154, Washington D. C.

_____. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*, Bogotá, Editorial Carrera 7ª.

PAHO, Pan American Health Organozation/WHO, World Health Organization. (2007). "Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position

Paper of the PAHO, Pan American Health Organization/WHO, World Health Organization".

PHM, People's Health Movement. (2000). "Declaración para la salud de los pueblos". Savar, Bangladesh. Recuperado en: www.pha2000.org

República de Colombia/Gobierno Nacional. (2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá.

Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'", en *Social science and medicine*, 23 (6), pp. 559-566.

Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*, Expanded Edition, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1993.

Starfield, B., Shi, L. & Macincko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en: *The Milbank Quarterly,* 83 (3), pp. 457- 502.

Walsh, J. A. & Warren, K. S. (1979). "Selective Primary Health Care: an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", en: *New England Journal of Medicine,* 301 (18), pp. 967-974.

Webster, C. H. (1998). *The National Health Service. A Political History*. London, Oxford University Press.

WHO, World Health Organization/CSDH, Commission on Social Determinants of Health. (2007). "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health". Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, draft.



Lo que se entiende por Atención Primaria Integral de Salud - APIS

Román Vega Romero

La Atención Primaria de Salud, APS, como estrategia incluida en la Declaración de Alma-Ata de 1978 para alcanzar *Salud para Todos*, proporciona una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de política de salud sensata y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal, organizar y operar servicios de atención en salud integrales y centrados en la persona, la familia y la población, la formulación participativa e intersectorial de políticas públicas, y la promoción de liderazgos sociales y gubernamentales que sirvan al objetivo principal de contribuir al logro del nivel de salud más alto posible haciendo énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social (OPS/OMS, 2003; PAHO/WHO, 2007; OMS, 2008).

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como:

> El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978).

Además, la Declaración indicó que la Atención Primaria de Salud forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad; y que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar en donde residen y trabajan las personas, constituyendo así, en lo sectorial e intersectorial, el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria y de desarrollo de la salud.

El contenido de la Declaración aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el siguiente:

> La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:
>
> **I**
>
> La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
>
> **II**
>
> La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
>
> **III**
>
> El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y

protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La Atención Primaria de Salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para

movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la Atención Primaria de Salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre Atención Primaria de Salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la Atención Primaria de Salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos, y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la Atención Primaria de Salud en tanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.

De acuerdo con los valores proclamados en Alma-Ata la salud es un *derecho humano fundamental* de todos los pueblos cuya realización exige la intervención del Estado y el aporte de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. La *equidad* es una noción amplia de justicia social; idea fuerza para la acción que plantea que las desigualdades evitables y sistemáticas de los grupos sociales en desventaja en relación con el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y a otros medios que benefician la salud son injustas e inaceptables política, social y económicamente tanto entre países como dentro de cada país, por lo cual debe ser de preocupación común de todas las personas y países del mundo. La *solidaridad* es la ayuda y compromiso entre las personas y las naciones, necesaria para garantizar la Atención Primaria de Salud a los pueblos y alcanzar la Salud para Todos.

De esos valores se desprenden principios que nos permiten comprender que la salud está determinada socioeconómica, política y culturalmente, y no sólo por la biología; que la asistencia sanitaria no debe reducirse a la atención de enfermedades ni hay que dejarla al libre albedrío de las fuerzas del mercado. Al centrarse en la persona y en la población, y al

responder a los desafíos de las inequidades en salud, los sistemas y servicios de salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud. Como fundamento de los sistemas de salud la APS es *elemento esencial de éstos para incidir en el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos y una estrategia eficaz* para alcanzar niveles óptimos de salud, mejorar la equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud, y para asignar y utilizar en forma más eficiente los recursos mundiales, de cada país y del sector salud en función de la salud. Desde esta perspectiva, la definición de salud contenida en la APS tiene una connotación holística y positiva de bienestar, calidad de vida y equidad, y no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, la APS debe ser entendida más como un proceso social, económico y cultural para desarrollar la salud y no simplemente como un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas, de prevención y tratamiento de enfermedades específicas prevalentes (Rifkin & Walt, 1986).

En coherencia con una concepción de salud y de equidad en salud fruto de las características del proceso de desarrollo social, económico y cultural, la APS contiene elementos operativos que le permiten actuar frente a los determinantes de las inequidades en salud y dar respuesta integral a las demandas y expectativas de salud más comunes de las personas y las comunidades. Entre tales elementos destacan la acción intersectorial por la salud, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad, integración y coordinación de la acciones de éstos. La *acción intersectorial* se estableció para desarrollar la salud actuando conjuntamente con otros sectores, en el entendido que si bien la atención de la enfermedad por parte de los servicios de atención primaria es un componente necesario de éstos, no es suficiente para materializar un enfoque integral de APS que busca incidir sobre procesos y condiciones que se encuentran por fuera del dominio de acción de sistemas de salud centrados en la atención de la enfermedad (WHO, 1997). La APS promueve y necesita de la *acción intersectorial* para contribuir al desarrollo de políticas públicas y planes de desarrollo económico y social que mejoren o, por lo menos, no deterioren la salud, y no se apoya sólo en acciones sectoriales para prevenir y atacar las enfermedades con intervenciones médicas, si bien las acciones sectoriales de apoyo logístico, prevención y tratamiento de la enfermedad, son dispositivos indispensables para completar el carácter integral de las actividades de la APS. La *intersectorialidad es ineludible* en la medida en que el desarrollo económico y



social es fundamental para el logro de una buena salud y ésta, a su vez, es necesaria para alcanzar el desarrollo económico y social, mejorar la calidad de vida y la cohesión social (Public Health Agency of Canada, 2007); y en la medida en que estando las inequidades en salud determinadas socialmente por procesos contextuales y estructurales por fuera del control directo de los sistemas de salud, la APS es una estrategia que permite que éstos actúen sobre aquellos (HSKN, 2007) en alianza con otros sectores del Gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Entre los procesos sociales determinantes de las inequidades en salud, están las relaciones de clase social, étnicas y de género prevalentes en una formación económico social y el contenido y alcance de las políticas públicas, económicas, sociales y culturales que se derivan de las relaciones de poder acumuladas entre esos actores sociales. De conjunto, ellos dan configuración al patrón de distribución de la riqueza, los ingresos y los empleos; al contenido de las orientaciones de equidad en el acceso a los alimentos, saneamiento básico, vivienda, servicios de salud y educación; y a las consideraciones sobre derecho a la igualdad y no discriminación, entre otros, que son condiciones esenciales para el bienestar y la calidad de vida y, por ende, para el logro de resultados equitativos en salud (OMS/CDSS, 2008).

Debido a las asimetrías de poder entre las clases, etnias y demás actores sociales que están en la base de las desiguales oportunidades para alcanzar los resultados de salud deseables y eliminar o reducir las inequidades sociales en salud, la APS promueve y requiere de la *participación amplia y efectiva de las comunidades* en todo el proceso de desarrollo de la salud

y en la búsqueda de la equidad en salud (HSNK, 2007), y no simplemente del uso de la participación de éstas como estrategia para que acepten y cambien su comportamiento frente a las prioridades y programas de intervención definidas por los expertos o los gobiernos (Rifkin & Walt, 1986). *La participación autónoma*, individual y colectiva, entendida como un derecho de todos los pueblos, además de servir para la profundización de la democracia y la aplicación de los derechos sociales, debe garantizarse en la formulación de las políticas públicas, planes de salud y de desarrollo económico y social para mejorar la salud y alcanzar la equidad en salud, incluyendo su seguimiento y evaluación (Escorel & Moreira, 2008).

Fueron aportes de la Declaración de Alma-Ata, y básicos para la operación de los sistemas de salud, conceptos que esclarecen que la materialización de la *intersectorialidad* se logra a través de la conjunción de procesos dinámicos y flexibles que incluyen desde la abogacía, asesoría y cooperación del sector salud con otros sectores para la formulación de políticas públicas con efectos positivos en salud, hasta el trabajo conjunto del sector salud con el Gobierno, el sector privado y las comunidades para el desarrollo de políticas públicas, planes y estrategias integrales que respondan a las necesidades y expectativas en salud de la población. Ha quedado claro que la intersectorialidad no tiene como objetivo simplemente la solicitud de recursos a otros sectores, o su utilización instrumental para la realización de tareas o la solución de problemas del sector salud, ni es un ritual sin consecuencias para el compromiso de otros sectores con la salud de las poblaciones.

Otro corolario conceptual importante de Alma-Ata es el planteamiento de que la *movilización y empoderamiento* comunitarios, particularmente de los grupos sociales en peor situación y excluidos, son necesarios para propiciar la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones, concertación, ejecución, seguimiento de las acciones y evaluación de los resultados, y en el control de la asignación de los recursos. Así mismo, la noción de la reorganización de la prestación de los servicios con fundamento en criterios como la *integralidad de la atención,* entendida como la respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas a través de la integración de las actividades y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la *coordinación y continuidad de la atención,* y la *regularidad y permanencia* de la relación entre el equipo de atención primaria y la población a cargo. La precisión de que el *primer*

contacto entre los individuos y las comunidades con los servicios de salud debe entenderse en función de la e*quidad en la accesibilidad y utilización* de los servicios según necesidad. Elementos todos que requieren de cambios en el sistema de salud, haciéndolo de cobertura y acceso universal y basado en la Atención Primaria de Salud.

De la Declaración también se desprende que el cuidado de la salud es una *obligación* de los gobiernos y responsabilidad de los propios pueblos, que debe garantizarse la *protección financiera de los hogares en la atención de los servicios de salud en condiciones de enfermedad*, y la *eficiencia y equidad* del gasto en salud de los países. El *recurso humano* requerido para el desarrollo de este enfoque de la APS debe ser *apropiado en cantidad, pertinencia y calidad de su formación*, y la APS debe adecuarse a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y tecnológicas de la población y del país. La Declaración de Alma-Ata abre la perspectiva a la comprensión y *praxis intercultural de la salud*, entendiendo por interculturalidad el reconocimiento de la identidad y autonomía de los sistemas de salud propios de los pueblos, de su cosmovisión y práctica, por razones de su pertenencia étnica o de género, y la complementariedad entre éstos y los sistemas de salud occidentales.

Además, la Declaración de Alma-Ata incluyó ocho elementos esenciales para la operación de la APS que han venido siendo actualizados en función de los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, que fueron los siguientes:

1. Educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos de prevención y control.
2. Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
3. Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
4. Asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
8. Y el suministro de medicamentos esenciales

La filosofía original de Alma-Ata que hacía énfasis en la integralidad de la APS fue posteriormente reemplazada por el enfoque de APS

Selectiva propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial (Cueto, 2004) como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil. Este enfoque estuvo orientado principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo mediante intervenciones médicas costo-efectivas. Según el Banco Mundial, la APS Integral, como comenzó a ser conocida la formulación que se desprendió de la Declaración de Alma-Ata (Cueto, 2004), no era alcanzable por su amplitud, alto costo y cantidad de personal entrenado requerido. Como alternativa a la APS Integral el Banco Mundial y la UNICEF propusieron un conjunto limitado de intervenciones médicas de primer nivel de atención para los pobres, orientado solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunas de las enfermedades prevalentes de los países en desarrollo. De acuerdo con Walsh y Warren (1979: 972) "… el enfoque selectivo de control de las enfermedades endémicas en los países en desarrollo es potencialmente la intervención médica más costo-efectiva […] Con base en una alta mortalidad y morbilidad, y la factibilidad de controlarla, se escoge un número limitado de enfermedades en una población definida para su intervención". Los principales programas que incluyó este tipo de servicios, que se extendió por gran parte de los países en desarrollo, incluido el nuestro, fue conocido por su sigla en inglés GOBI, que abarca: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Posteriormente, dicho programa fue ampliado y se conoció luego como GOBI-FFF –por sus siglas en inglés– porque incluyó tres intervenciones médicas adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.

Ese mismo modelo racional de toma de decisiones para selección de intervenciones médicas (Walt, 1994)[1] costo-efectivas fue empleado posteriormente por el Banco Mundial en su enfoque de intervenciones clínicas esenciales, y es el mismo que ha sido aplicado en Colombia por los reformadores que formularon la Ley de 1993 al diseñar los planes

[1] De acuerdo con Walt (1994: 46), los modelos de racionalidad absoluta de toma de decisiones se orientan por los siguientes postulados: 1) Identificación del problema que debe ser resuelto y precisa su naturaleza; 2) Identificación, clarificación y priorización de las metas, valores y objetivos de los hacedores de políticas; 3) Búsqueda y análisis del conjunto de las alternativas de soluciones de política posibles –incluido el listado de las alternativas de estrategias para lograr la meta–; 4) Análisis integral de las consecuencias –costos y beneficios– de cada alternativa de solución; 5) Comparación de cada alternativa y sus consecuencias; 6) Escogencia de la alternativa que maximice el logro de metas, valores y objetivos y que minimice los costos. Estos modelos tienen varias críticas porque desconocen el contexto, las relaciones de poder de los actores involucrados en el proceso y porque nunca es posible tener la información requerida para una evaluación completa de los factores involucrados.

de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Banco Mundial, 1993). Un decenio después de la emergencia de la APS Selectiva, la lógica económica de dividir conceptualmente las acciones en salud entre "bienes públicos" y "bienes privados" permitió al Banco Mundial, y a quienes apoyaron su propuesta de política de salud neoliberal en cada país (Almeida, 2002), promover las reformas con orientación de mercado de los sistemas de salud que ya todos conocemos, las cuales extendieron el enfoque de la escogencia de intervenciones médicas costo-efectivas de la APS Selectiva a la constitución de los planes de salud de esas reformas de mercado (Frenk & González Block, 1992). Esta nueva racionalidad de la política de salud entregaría al sector privado el aseguramiento y la prestación de los bienes privados, generalmente procedimientos y tratamientos de atención médica individual como los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y reduciría el papel del Estado al de regulador del mercado de la salud y al de prestador de los bienes públicos y con altas externalidades (paquete de intervenciones convencionales de salud pública que en nuestro país tomó el nombre de Plan de Atención Básica, PAB). Esta lógica estaría llamada a escindir aún más la salud colectiva en atención clínica individual e intervenciones de salud pública, descontextualizar el proceso salud-enfermedad, limitar la APS a un paquete básico de servicios clínicos esenciales, reducir la salud pública a un paquete de atención básica costo-efectiva, y a mantener la focalización, segmentación y fragmentación de las atenciones clínicas individuales de los sistemas de salud.



Junto a la APS Selectiva también se ha desplegado en los países desarrollados el enfoque de *atención primaria* (PAHO/WHO, 2007a) o de atención básica que, aunque fundamentado en valores y principios de Alma-Ata, hace énfasis en intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de atención en salud (Starfield, 2001). La mayoría de las veces se refiere sólo a la puerta de entrada al sistema de salud y al sitio para el despliegue de la atención continua de salud de la población a través de la red de servicios de salud. Es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más amplia, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos y otros profesionales de la salud formados en medicina general, familiar y/o comunitaria que trabajan desde los servicios ambulatorios de primer nivel.

De acuerdo con Starfield, Shi y Macinko (2005) la atención primaria beneficia la salud mediante los siguientes mecanismos:

- Aumenta el acceso a los servicios de salud que necesita la población socialmente en desventaja a través del primer contacto, especialmente cuando hace más énfasis en la relación de la persona con el proveedor directo de los servicios que con el sitio de atención.
- Mejora la calidad de la atención clínica para condiciones comúnmente vistas en la atención primaria en términos de enfocarse principalmente en la persona y su contexto antes que en la enfermedad.
- Impacta en la prevención cuando realiza intervenciones que no se refieren a una enfermedad u órgano específico –intervenciones selectivas– sino cuando desarrolla intervenciones genéricas como las de promoción de salud –lactancia materna, cambios de estilos de vida– y de detección temprana de enfermedades –cáncer de seno, cáncer de colon, cáncer de cérvix, melanoma, hipertensión, diabetes, infarto cardíaco reciente, depresión– a través de tamizaje de hipertensión arterial, mamogramas, citologías, etcétera.

Al contrario de la APS Selectiva y de la atención primaria de primer nivel, la APS Integral (Labonté, *et ál.*, 2008) se considera tanto una filosofía política de la salud como una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad, con el fin de desarrollar la salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Como una filosofía, hace énfasis en la distribución equitativa del acceso a los servicios básicos de atención de salud; en la prevención de la enfermedad y en la promoción

de la salud; en la participación comunitaria en la formulación de políticas públicas y en la planeación de programas y servicios; en la acción intersectorial por la salud y en la coordinación de programas y servicios; y en el uso de tecnologías apropiadas. Como estrategia de implementación se ha apoyado en los ocho elementos esenciales de Alma-Ata, y propende por la actualización de éstos con base en lo propuesto en el Artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1996), y el Comentario general No. 14 sobre este artículo (CEDESC, 2000). Actualmente, el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud, APIS ha sido también reivindicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como estrategia clave para actuar sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS/CDSS, 2008). Este enfoque incluye el primer nivel de atención de las personas pero extiende sus acciones a la familia, a la comunidad y a sus contextos; se articula con los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud pero no se reduce a la curación, rehabilitación, prevención y promoción dentro del sector salud, sino que compromete la acción de las comunidades y de otros sectores para afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud en función de las necesidades y expectativas de la población. A diferencia de la promoción de la salud el enfoque de APS Integral incluye la atención clínica individual y se apoya necesariamente en los servicios de atención en salud para actuar sobre los determinantes sociales de la salud (OMS/CDSS, 2008: 8).

Al fundamentarse en la Declaración de Alma-Ata, la APS Integral también se define como un primer nivel amplio e integrado que incluye elementos como participación comunitaria, acción intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales y de las comunidades. Se ha enriquecido con la promoción de la salud[2] y con el enfoque basado en el derecho a la salud y al desarrollo que incluye los siguientes principios:

- Respuesta a los más amplios determinantes de la salud.
- Cobertura y accesibilidad universal del sistema de salud según la necesidad.
- Autocuidado y participación individual y comunitaria.

2 Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

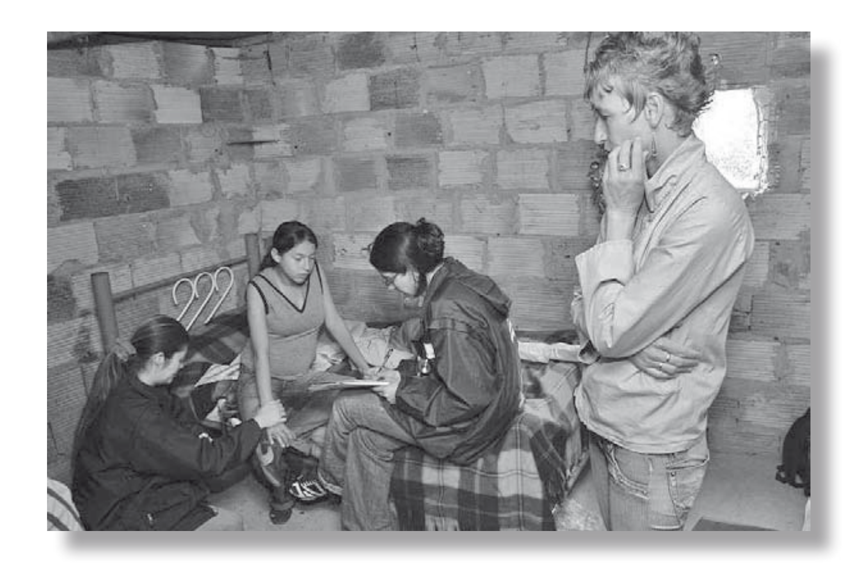
- Acción intersectorial por la salud.
- Tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.

Al complementarse con el Artículo 12 del PIDESC (1996) demanda provisiones para la reducción de las tasas de mortalidad al nacer e infantil y para el desarrollo saludable de los niños; el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial; la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas y ocupacionales, entre otras; la creación de condiciones que aseguren a todos y todas servicios médicos y atención médica en situaciones de enfermedad. Así mismo, al apoyarse en el Comentario general No. 14 (CEDESC, 2000) propende por la garantía del acceso al agua segura y potable y al saneamiento adecuado; suministro de alimentos seguros, nutrición y vivienda; condiciones ocupacionales y ambientales saludables; acceso a educación e información relacionada con la salud, incluyendo la relacionada con salud sexual y reproductiva.

De la APS integral se esperan y se han encontrado los siguientes resultados medibles al actuar sobre los determinantes sociales de la salud (Labonté, *et ál.*, 2008):

- Incremento de la equidad en el acceso a los servicios de atención en salud y a otros servicios/recursos esenciales para la salud.
- Reducción de las vulnerabilidades a través del aumento de las capacidades y empoderamiento comunitarios.
- Reducción de la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- Mejoramiento de los mecanismos y oportunidades de participación y de las capacidades políticas de los grupos de población marginados influidos por las iniciativas de la APS Integral.
- Aumento de las acciones de política intersectorial sobre los determinantes económicos y sociales de la salud que involucran al sector salud.
- Mejoramiento de los resultados en salud de la población y mayor equidad en salud.

Algunos elementos conceptuales, fruto de la discusión internacional (Rifkin & Walt, 1986) nos permiten hacer distinciones entre los enfoques selectivo e integral de la APS, así:



- La definición de la salud en la APS Integral tiene una connotación positiva de bienestar y de calidad de vida. La definición de salud en la APS Selectiva se identifica como ausencia de enfermedad.
- La APS Integral es un proceso económico, social y cultural para desarrollar la salud. La APS Selectiva se reduce a intervenciones médicas costo-efectivas de prevención y tratamiento de enfermedades específicas.
- En la APS Selectiva la salud es una responsabilidad de los servicios de salud y de la profesión médica. En la APS Integral la salud tiene connotaciones ambientales y sociales que requieren de la participación de otras personas y sectores.
- La APS Integral descansa en una noción amplia de equidad social en salud que requiere de la construcción de sistemas de salud universales e integrales. La APS Selectiva descansa en la noción de costo-efectividad y focalización en las enfermedades y en el acceso de los más pobres.
- La APS Integral necesita de la acción intersectorial para desarrollar la salud y la equidad en salud a través de políticas públicas. La APS Selectiva sólo se apoya en los servicios de salud para atacar las enfermedades.
- La APS Integral promueve y requiere de la participación de la comunidad en todo el proceso de desarrollo de la salud. La APS Selectiva sólo se apoya en la comunidad para que acepte y cambie su comportamiento frente a los programas de intervenciones definidos por los médicos.

Como vimos en el artículo anterior, una definición de Atención Primaria de Salud reciente que se acerca a la noción de APS Integral aquí defendida es la que se desprende del *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2008). Este informe revisa la experiencia de la APS en los últimos treinta años y aporta un enfoque de la misma que pretende actualizar y resignificar la Declaración de Alma-Ata de 1978 de cara a las necesidades de salud actuales, las exigencias de la globalización y las expectativas de la población sobre el quehacer de los sistemas de salud. Del informe se desprende que la APS no debe ser entendida como un programa de atención básica de salud ni como un conjunto de intervenciones médicas, sino como una estrategia para alcanzar un conjunto de reformas de los sistemas de salud para enfrentar los actuales desafíos de la salud, guiada por los valores de equidad, solidaridad y justicia social, y con base en las perspectivas de la población.

Para este capítulo podemos señalar que a pesar de la oleada de reformas de mercado de los sistemas de salud, impulsada por el Banco Mundial y acogida por muchas de las élites políticas de los países en vía de desarrollo que aplicaron la APS Selectiva, el enfoque de APS Integral proyectado en Alma-Ata pudo sostenerse y desarrollarse en algunos países del mundo, entre ellos Costa Rica, Sri Lanka y Cuba, y hoy es visto de nuevo como alternativa para la transformación de los sistemas de salud en procura de la materialización de garantizar el derecho a la salud y la equidad en salud, y para facilitar la relación esencial del sector salud con las otras políticas para el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos (PAHO/WHO, 2007; HSKN, 2007; OMS/CDSS, 2008; OMS, 2008).

Un sistema de salud orientado por los principios filosóficos y conceptuales propios de la APS Integral tales como la noción de salud como un derecho de todos, equidad, justicia social, acción intersectorial, participación comunitaria, integralidad, interculturalidad y uso adecuado de los recursos, entre otros, permite dar respuesta a las necesidades de salud de la población orientándose, además, por los criterios de calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos y sostenibilidad. De este enfoque filosófico y conceptual se desprenden orientaciones y mecanismos para la transformación de los modelos de atención y gestión de los sistemas y servicios de salud, según el contexto y circunstancias de cada país, región y niveles de gobierno que difícilmente pueden no ser tenidos en cuenta cuando de alcanzar la equidad en salud se trata.

Referencias

Almeida C. (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años ochenta y noventa", en *Cuadernos de Saúde Publica,* 18 (4), pp. 905-926.

Banco Mundial. (1993). *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, Washington D. C.

CDESC, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación general*, No. 14, 22 período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, tema 3 del programa.

Cueto M. (2004). "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", en *American Journal of Public Health,* 94 (11), pp. 1864-1874.

Escorel S & Moreira M.R. (2008). "Participación Socialem", en Giovanella L., Escorel S., de Vasconcelos Costa Lobato L., de Noronha J. C. & de Carvalho A. I. (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Ediotara Fiocruz y CEBES.

Frenk J. & González-Block, M. A. (1992). "Primary Care and Reform of Health Systems: A Framework for the analysis of Latin American Experiences", en *Health Services Management Research,* 5 (1), pp. 32-43.

HSKN, Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health (2007). *Final Report*. Geneva, World Health Organization, June 2007.

Labonté, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., Vega Romero, R., Viswanatha, V., Barten, F., Hurley, C., Tujuba Ali, H., Manolakas, H., Acosta Ramírez, N., Pollard, J., Narayan, T., Mohamed, S., Peperkamp, L., Julie Johns, Ouldzeidoune, N., Sinclair & Pooyak, Sh. (2008). "Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review", en *Australian Journal of Primary Health,* 14 (3), pp. 58-67.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Serie Salud para Todos No. 1.

_____. (2008). *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra.

OMS, Organización Mundial de la Salud/CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud,* Ginebra: resumen analítico del informe final.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2003). *A 25 años de la Conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema salud para todos?* Washington D. C., comunicado de prensa. Recuperado en www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps030828.htm

PAHO, Pan American Health Organization/WHO, World Health Organization. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the PAHO, Pan American Health Organization/WHO, World Health Organization*. Washington D.C.

PIDESC, Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturles. (1996). Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, Artículo 12.

Public Health Agency of Canada. (2007). *Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*. Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, EQUINET.

Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'", en *Social Science Medicine*, 23, (6), pp. 559-566.

Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, primera edición, Barcelona, Masson.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *The Milbank Quarterly,* 83 (3), pp. 457-502.

Walsh, J. A. & Warren, K. S. (1979). "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", en *New England Journal Medicine,* 301 (18), pp. 967-974.

Walt, G. (1994). *Health Policy. An Introduction to Process and Power*, Johannesburg, South Africa, Zed Books.

WHO, World Health Organization. (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference*. 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organization, Geneva.



Los orígenes y desarrollos de la APS en Colombia

Román Vega Romero

Luego de la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) la estrategia de APS fue incorporada en América Latina con el apoyo de la OPS/OMS (1980), pero con la excepción de algunos países como Cuba (Gilpin, 1991) y Costa Rica (Villegas de Olazábal, 2005) fue formulada e implementada por muchos gobiernos como acciones simples y mínimas de prevención, promoción y curación desarrolladas por personal auxiliar y comunitario con el fin de ampliar las coberturas de las poblaciones pobres (ver, por ejemplo, Colombia/Ministerio de Salud, 1981; OPS/OMS, 2002).

En el caso de Colombia, una concepción simplificada y limitada de APS comenzó a ser introducida en los planes de salud oficiales, como una estrategia para solucionar a corto plazo "el mayor conjunto de problemas de salud en los grupos prioritarios de la población" (Jaramillo Salazar, 1980: 22). Ello se haría mediante la ampliación de las coberturas de atención a las personas y al ambiente con "acciones simples que tiendan a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad en relación con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación" (Colombia/Ministerio de Salud, 1981: 32). Desde entonces, la estrategia de APS no ha podido ser desarrollada en forma consistente debido al alcance limitado de las políticas de salud y a los altibajos y variaciones en el contenido de las mismas, como resultado de las cambiantes relaciones de poder entre las fuerzas sociales y políticas internas y a la influencia negativa

de tradiciones políticas externas que han impedido que la APS alcance todo su potencial y sea establecida en forma sostenible e integral.

La implementación de la APS en Colombia inició utilizando como instrumentos de implementación las Unidades Primarias de Atención, UPA, y formas incipientes de articulación intersectorial, participación comunitaria y programas sectoriales de intervención selectivos (OPS/OMS, 2002: 227-231). A través de las UPA se debía plasmar un modelo de APS con las siguientes actividades: asistencia médica con promotoras y personal auxiliar de salud, suministro de medicamentos cuando hubieran sido formulados por médicos –no se dice que necesariamente el médico hiciera parte del personal de la UPA, educación nutricional, vacunación y vigilancia epidemiológica, promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua e instalación de filtros caseros, educación para la disposición de basuras, control de zoonosis y mejoramiento de la vivienda (OPS/OMS, 2002: 229).

En los inicios de la puesta en práctica de este enfoque de APS, la acción intersectorial se desarrolló como colaboración entre programas del sector salud y otros, verticales, de otras instituciones del Gobierno orientados hacia poblaciones prioritarias. Este es el caso de la articulación entre el Programa Sectorial de Ampliación de Coberturas en Salud, que se ejecutó inicialmente con los Módulos de Ampliación de Coberturas, MAC, y luego con las Unidades Primarias de Atención –que reemplazaron a los MAC, y el Programa de Desarrollo Rural Integrado, DRI, (1974-1978), el Plan de Alimentación y Nutrición, PAN, (1978-1982) y el Programa de Atención Integral de la Familia (1982-1986), que fueron propuestos por los gobiernos de los respectivos períodos como componentes de sus políticas sociales. Sin embargo, estas experiencias de acción intersectorial no desarrollaron espacios de coordinación y operación duraderos entre el sector salud y los demás sectores del Gobierno.

En forma similar, la participación comunitaria fue objeto de diversos planes entre 1977 y 1985. El de 1977 concibió la misma como una estrategia articulada al primer nivel de atención para ampliar coberturas, lograr cambios en el comportamiento de la población pobre hacia los servicios de salud y fomentar la educación en prevención y curación (Colombia MS/DPC, 1977). En 1981 se diseñó un Plan Nacional de Participación Comunitaria (Colombia MS/DPC, 1981) que se propuso capacitar a la comunidad para que participara en la administración de los recursos locales de

salud, la planeación y desarrollo de actividades sencillas de atención primaria. El plan del año 1985 se centró en promover el autocuidado de la salud, el uso racional de los servicios y desestimó la organización comunitaria y la participación de ésta en la formulación de políticas y la gestión de los servicios (Colombia MS/DPC, 1985; Colombia MS/OPS, 1988). Una de las formas como se promovió la participación comunitaria fue la que se dio en el marco de programas verticales como el de Vigías de la Salud del Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, PNSDI, que tipificó la alianza entre los ministerios de Salud y Educación en favor de la educación de familias en riesgo con estudiantes de los últimos dos años de educación secundaria.

La mayor parte de actividades con enfoque de APS fueron de carácter sectorial. El Programa de Atención Integral de la Familia sirvió de sombrilla para reorientar y recomponer el Programa Materno Infantil y Dinámica de Población, PMIDP, haciendo énfasis en la articulación de la planificación familiar con la atención de la madre y del niño. Otro programa vertical y con un enfoque de ciclo vital que sirvió para hacer operativa la APS, unir los esfuerzos de instituciones nacionales e internacionales y fomentar el desarrollo de estrategias y métodos de intervención que rememoran el enfoque de la APS Selectiva, fue el antes mencionado Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil. Éste buscaba concentrar los esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades prevalentes los menores de cinco años. Para ello se hicieron confluir intervenciones específicas como el Plan Ampliado de Inmunizaciones, PAI, el control de la Enfermedad Diarreica Aguda, EDA, y de la Infección Respiratoria Aguda, IRA, con el manejo de la malnutrición, de la carencia psicoafectiva y de los problemas perinatales. Este Plan jalonó un arsenal de procedimientos y técnicas de intervención entre los cuales cabe destacar "la canalización ampliada, la focalización con base en el criterio de 'riesgo epidemiológico' de las poblaciones objetivo, la movilización social amplia, los medios masivos de comunicación y medios innovativos (*sic*) de educación interpersonal" (OPS/OMS, 2002: 282). Otro programa vertical que en el marco de la APS sale a la luz a finales de los años ochenta (1986-1990) fue Salud Reproductiva, que pretendía desarrollar una visión más amplia que la de la atención materno-infantil y planificación familiar, y contó con el apoyo técnico de la OPS/OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Entre los instrumentos y técnicas específicas que se usaron para la intervención de enfermedades como la EDA, estuvo la producción y

distribución de sales de rehidratación oral. Esta actividad se desarrolló por acuerdo entre el Ministerio de Salud, la UNICEF y el Instituto Nacional de Salud. Como se sabe, intervenciones como ésta formaban parte de los elementos de operación de la APS Selectiva propuesta por UNICEF y otros donantes internacionales como el Banco Mundial y el UNFPA, cuyos expertos diseñaron intervenciones médicas de alto impacto y de bajo costo para atacar enfermedades prevalentes de la infancia en los países en desarrollo, introduciendo modificaciones, no siempre bien venidas, al enfoque original de APS según Alma-Ata, más integral y comprensivo. Por eso vale la pena recalcar la tesis de que la concepción tenida en Colombia de la APS en los años ochenta fue muy parecida a la del tipo de APS Selectiva, APSS, que, como se ha señalado, reducía la APS a unas pocas intervenciones costo-efectivas de control de crecimiento y desarrollo, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones, denominada según su sigla en inglés GOBI, y transformada luego en otra un poco más amplia que se llamó GOBI-FFF, que adicionó intervenciones como planificación familiar, suplementación alimentaria y alfabetización de la mujer (Walsh & Warren, 1979; Cueto, 2004).

Como se observa, la puesta en práctica de la estrategia en este período inicial se fundamentó, primero, en la combinación de la concepción de APS Selectiva con otra primitiva con la que se buscaba la ampliación de coberturas para poblaciones pobres y marginadas, principalmente de áreas rurales y, segundo, en la mezcla de acciones curativas sencillas y actividades de prevención y saneamiento ambiental bajo la responsabilidad de personal auxiliar y comunitario y el manejo selectivo de enfermedades prevalentes de la infancia y relacionadas con la maternidad, principalmente infecciosas, bajo la responsabilidad de profesionales generales. Si bien la estrategia articuló débilmente acciones intersectoriales y participativas, careció de una visión sectorial de atención integrada en red, de enlace con la atención médica especializada y hospitalaria, y orientada al conjunto de la población.

La APS en el período de la descentralización del SNS

En el marco de la Ley 10 de 1990, que introdujo cambios estructurales en la organización y operación del Sistema Nacional de Salud, SNS-, lo novedoso para la operación de la APS fue la búsqueda de la ampliación de

coberturas mediante el programa de Salud Básica para Todos. Como se sabe, el SNS buscaba la integración centralizada y funcional de los subsectores de seguros sociales, asistencia pública y de medicina privada, los cuales caracterizaban el Sistema de Salud de Colombia hasta principios de los años setenta. En este marco, Salud Básica para Todos procuraba universalizar el acceso a los servicios básicos de salud poniendo a la familia como blanco de la misma, promoviendo el aseguramiento privado y voluntario, y ampliando la participación comunitaria.

Para desarrollar el programa era necesario reorganizar el financiamiento y la estructura de prestación de servicios de salud, mediante la modernización de la organización y funcionamiento del SNS y el reenfoque del modelo de atención. Para ello se promovió la reforma del financiamiento, la descentralización o municipalización de la administración de la atención, la integración funcional de la prestación de los servicios de los distintos subsistemas de salud a nivel básico, y la constitución de un nuevo modelo de atención fundamentado en los enfoques de moda, entre ellos el de campo de salud, que reconocía la necesidad de intervenir factores determinantes y de riesgo relacionados con el proceso de salud-enfermedad, haciendo énfasis en los estilos de vida de las personas y las comunidades y en el ambiente (McKeown, 1971; Mckeown & Lowe, 1974; Blum, 1976, 1978 y 1980; Lalonde, 1974). Es de recordar que desde entonces se viene usando el concepto de *servicio público de salud* sólo para significar el predominio del interés público como responsabilidad del Estado, por encima de la naturaleza estatal o privada de los aseguradores y proveedores de servicios.

Todo eso se haría en el contexto de la iniciativa neoliberal en desarrollo de descentralización política, administrativa y financiera del Estado, que buscaba reducir sus gastos para contribuir a la política de ajuste fiscal de la época, y favorecer la democratización de la vida política del país, exigencia de las fuerzas políticas y sociales que buscaban superar el modelo centralista, de democracia restringida y bipartidista tipificado por el Frente Nacional. De ahí la importancia de hacer un análisis cuidadoso del alcance de los cambios en el financiamiento del gasto introducidos por la Ley 10 de 1990 y no desestimar a la ligera, y de manera defensiva, la conexión entre éstos y las propuestas del Banco Mundial en el período sobre la reforma en el financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo (Banco Mundial, 1987), que buscaban imponer el pago de tarifas por los servicios de salud de carácter curativo prestados a

personas con capacidad de pago, lo que luego facilitó introducir, con la Ley 100 de 1993, la forma de aseguramiento de mercado regulado a través de los regímenes contributivo y subsidiado.

La descentralización del Sistema Nacional de Salud y la organización de los Sistemas Locales de Salud, SILOS, se constituyó en la forma más llamativa utilizada por la OPS y el Gobierno del período para articular en un solo conjunto de alcance sistémico los componentes de la APS –en el marco de la Ley 10 de 1990–. La descentralización era vista como factor positivo que estimularía y facilitaría la integración funcional en el ámbito municipal de los servicios de salud de los distintos subsectores de seguridad y previsión social, oficial y privado; la promoción de la eficiencia en el uso de los recursos por medio de su racionalización y ahorro; la adecuación de la salud a las demandas locales; la articulación de los hospitales con la comunidad y el municipio; y la definición de un modelo de atención que articulara la atención de las personas y del ambiente, la participación social en la toma de decisiones y la acción intersectorial (WHO, 1987; OPS/OMS/SSPMC, 1990; Díaz Uribe, 1990). Con base en la descentralización sectorial los SILOS deberían coadyuvar a mejorar la participación social, fomentar la acción intersectorial y la coordinación de los recursos dispersos del sector salud, organizar sobre una base geográfica y poblacional las intervenciones, estructurar la red local de servicios, ayudar a movilizar los recursos y la población hacia la salud, y hacer eficaz la planificación estratégica y participativa, la gestión y el control, en función de las necesidades locales de salud (OPS, 1988 y 1990; Ministerio de Salud, 1992).

En el marco de la implementación de la APS bajo la descentralización y los SILOS, comenzaron a ser asumidos nuevos desafíos epidemiológicos para la salud pública, fruto del envejecimiento progresivo de la población, de la violencia crónica del país y de las disparidades sociales existentes. Varios programas de intervención médica con enfoque de manejo integral y de ciclo vital emergieron en este período tales como los de Salud del Adulto –orientado a la intervención de enfermedades crónicas no transmisibles–, Violencia en Salud, Salud Escolar, Control de las Enfermedades Transmisibles, y otros relacionados con el agua potable y el saneamiento ambiental, los cuales buscaban que las acciones de control de estas enfermedades descansaran en los servicios locales de salud y no en servicios separados, centralizados y verticales como, entre otros, el Servicio de Erradicación de la Malaria, SEM.

La descentralización debió ayudar a fortalecer la capacidad de gestión y el liderazgo político de la autoridad sanitaria municipal y de los prestadores públicos locales de servicios de salud, mediante la vinculación de los epidemiólogos y otros profesionales de las ciencias sociales a los servicios de salud para la producción y análisis de información, la puesta en marcha de la estrategia de Promoción de la Salud, PS, y, en relación con ésta, de otras intervenciones como la Programación Local de Salud para formular Planes Locales de Salud, el Programa de Municipios Saludables para promover la modificación del modelo de atención centrado en la enfermedad, y el de Comunicación para la Salud y la Participación Social en Salud, entre otros (Ministerio de Salud, 1992)

Tanto las intervenciones promovidas por la APS en el marco de los SILOS, como las de la PSS en el de los Municipios Saludables, se apoyaban en el fomento de la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud, la conexión entre los planes locales de salud y los de desarrollo económico y social de los municipios, en el cambio de la cultura de la población sobre la salud y en el desarrollo de nuevas orientaciones en materia de planificación y gestión de la salud, de los recursos y de la formación del recurso humano desde las exigencias y necesidades de la APS, de la PS y de la medicina y salud familiar y comunitaria. Fue la iniciativa de vinculación de los Sistemas Locales de Salud con la estrategia de PS el principal logro en materia de integralidad de la política de salud durante la experiencia de implementación y desarrollo de la APS en Colombia, antes de la formulación de la Ley 100 de 1993. Eso se desprende de lo afirmado por los expertos del Ministerio de Salud cuando sostenían que “si se observan con detenimiento la filosofía, los objetivos, el alcance y la metodología de los programas de Sistemas Locales y de Ciudades Saludables, se percibe que corresponden a diferentes niveles de análisis, pero que pueden articularse de manera armoniosa y potenciar todos sus aspectos positivos” (Ministerio de Salud, 1992: 68).

La APS a partir de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS

La APS como política y estrategia nacional de los sistemas de salud ha podido pasar la prueba de las reformas de éstos en algunos países pero no en otros. En Cuba, Costa Rica, Brasil y Chile –luego del período postdictadura–, la APS ha sido fortalecida generando formas organizacionales

innovadoras orientadas a garantizar el derecho a la salud, el acceso equitativo de los servicios, la continuidad e integralidad de la atención, la acción intersectorial por la salud y la participación comunitaria, en una clara dirección que lleva a superar la tradición que identificaba a la APS con la atención básica barata (Gilpin, 1991; CONASS, 2004; Villegas de Olazábal, 2005; Vargas González, 2006; Infante, 2007). Nuevos desarrollos en la formación del recurso humano, en el diseño de programas y en la incorporación de nuevas tecnologías, hacen hoy parte del arsenal de experiencias acumuladas por la APS en estos países. En países como Colombia, sin embargo, la reforma de 1993 orientada según la agenda del Banco Mundial, debilitó los avances y enseñanzas alcanzados en favor de un enfoque integral de APS y ha limitado ésta a intervenciones clínicas del primer nivel de atención y al desarrollo de un paquete básico de acciones en salud pública (OPS/OMS, 2002). Entre los años 1993 y 1996, con la implementación de la Ley 100 de 1993, los programas relacionados con los SILOS y la Promoción de la Salud se debilitaron en extremo y luego desaparecieron como consecuencia de la nueva racionalidad de la reforma fundamentada en el mercado y la selección de intervenciones médicas costo-efectivas.

La reducción de la salud pública convencional a sólo aquellos bienes públicos con altas externalidades positivas, introducidos en el Plan de Atención Básica, PAB, y la inclusión de todas las demás actividades de atención médica a las personas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, como bienes privados o mixtos por los cuales se debería pagar individualmente una cotización, fue parte de la implantación de un mercado de aseguramiento y de prestación de servicios que, aunque regulado, a la postre llevó a la negación del territorio –en su múltiple dimensión social, económica, cultural, política y natural– como referente para la formulación e implementación de políticas públicas, a la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud, y a liquidar el enfoque de APS que se venía desarrollando al destruir los SILOS, el tipo de descentralización y de promoción de la salud con base en municipios saludables, y centrar los esfuerzos del Gobierno en los aspectos organizacionales, financieros y gerenciales de la implementación de la reforma (OPS/OMS, 2002: 342-348 y 360-367).

En este nuevo contexto, y hasta el año 1996, el programa que más se pudo promover fue el de control del VIH-SIDA, con un enfoque intersectorial, de participación comunitaria y descentralización; se pensó en fortalecer los programas de formación en medicina familiar con la participación de ASCOFAME, la Universidad del Valle, la OPS y del Ministerio

de Salud, pero esto nunca se concretó en forma sostenible; así mismo, se decidió fortalecer la gestión local de la salud mediante un enfoque de planeación estratégica y la formación de más investigadores en el campo de la epidemiología (OPS/OMS, 2002: 343-348).

En 1996, en el marco de un gobierno no totalmente afecto a la reforma de mercado, se retomó la Promoción de la Salud a través del programa Municipios Saludables por la Paz, que incluía el logro de la equidad como un componente nuevo, y del programa de Escuelas Saludables para luchar contra el consumo de psicofármacos, alcohol y tabaco por parte de niñas, niños y jóvenes. El programa de Municipios Saludables por la Paz se desarrolló también en las localidades y los barrios de las grandes ciudades y concitó la participación y liderazgo de actores claves como los alcaldes.

También se trabajó en el fortalecimiento de la descentralización en el ámbito municipal y departamental, con el nuevo ingrediente de que los hospitales públicos se transformarían en Empresas Sociales del Estado, ESE, para generarles autonomía administrativa y financiera que les permitiera competir en el mercado de prestación de servicios mediante una gestión que facilitara la contratación con las Aseguradoras del Régimen Subsidiado, ARS, y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, EPS, y la facturación por venta de servicios a los Fondos Financieros Territoriales de Salud.

El plan de formación y capacitación de recurso humano, y la estrategia de Educación Permanente en Salud, tenía como finalidad reorientar la formación de capacidades y de competencias a fin de responder a las nuevas exigencias del mercado laboral en el marco de las necesidades de las instituciones que emergieron con la reforma de 1993; fortalecer la capacidad de los departamentos para la implementación de la reforma y facilitar el desarrollo de nuevos programas locales como el de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, y el de Enfermedades –crónicas– No Transmisibles, ENT, que reemplazó el Programa de Salud del Adulto; mejorar la planeación institucional para el desarrollo de los recursos humanos, y generar habilidades en el personal de los servicios en materia de gestión de programas y de gestión clínica.

Sin embargo, la estrategia de los SILOS desapareció en forma definitiva y el proyecto de educación en medicina familiar nunca se implementó en forma, sobre todo porque nunca se definió una estrategia de atención



integral, con enfoque familiar y comunitario, que obligara a la formación de recurso humano en este sentido. Puede sostenerse que los esfuerzos que se venían desarrollando en función de la formación de recurso humano para la implementación efectiva de la APS y de la PS fueron cortados de tajo por la nueva racionalidad de mercado del SGSSS.

Tal vez los esfuerzos normativos más notables en materia de integración de las actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación, con énfasis en las dos primeras, fueron la Resolución 412 del año 2000 y la Ley 715 de 2001 (República de Colombia/Gobierno Nacional, 2007). Mediante los mecanismos de "inducción de la demanda", municipalización del PAB, entrega a los entes territoriales de algunas intervenciones individuales de promoción y prevención del régimen subsidiado –algunas vacunas, planificación familiar y citología cérvico-uterina– y la definición de responsabilidades de prestación de servicios a la población pobre no asegurada se buscaba, por un lado, orientar a los aseguradores en las tareas de promoción y prevención de carácter individual y, por el otro, transferir recursos y obligar a los entes territoriales a ser más eficaces en las tareas de salud pública y de atención de los pobres no asegurados (Torres Corredor, 2003).

Sin embargo, en la medida en que, de una parte, las intervenciones individuales de curación, promoción y prevención incluidas en el POS fueron concebidas como bienes privados o mixtos, sin conexión con el

PAB y dejadas al arbitrio de las reglas del mercado, y de otra parte, en que las intervenciones incluidas en el PAB no trascendieron la definición de intervenciones colectivas con altas externalidades positivas, no se fortaleció la rectoría del Estado ni se definió ninguna estrategia de atención integral organizada con base en la APS –como los SILOS, o como la salud y medicina familiar con enfoque comunitario en los casos de Costa Rica, Cuba, Brasil y Venezuela, entre otros– que permitiera articular la salud pública con la Atención Primaria de Salud.

En efecto, tal como se planteó en las *Memorias* del Encuentro Nacional de Atención Primaria de Salud, realizado del 26 al 28 de mayo de 2005 en Bogotá:

> Los resultados en prevención y promoción del PAB y del POS indican, por una parte, que el aumento progresivo de los recursos en salud pública no se acompaña de una ejecución y asignación adecuada de los mismos, tampoco de decisiones con base en prioridades y criterios de costo-efectividad, ni de un mejoramiento significativo del impacto en enfermedades prevalentes. De otra parte, se detecta en las evaluaciones un pobre cumplimiento en actividades de prevención del POS-S, de las actividades delegadas a los entes territoriales con base en el 4,01 por ciento del 2003 y del POS-C. Una conclusión que se apunta es que parte de estos problemas podrían ser resueltos si se adoptase la estrategia de APS renovada, tal como la está proponiendo la OPS (*Memorias Encuentro Nacional de APS*, Bogotá, mayo 26-28 de 2005: 54).

En el mismo evento el doctor Francisco Yepes Luján sostuvo que:

> Distintas evidencias proveídas por investigaciones recientes indican que estamos en un escenario de crisis de la salud pública en el país. Así, por ejemplo, series de datos desde el año 1985 hasta el año 2001 indican que a partir del año 1996 se ha producido un estancamiento en la tendencia de disminución de la mortalidad por causas evitables por prevención, y un aumento en la tendencia de mortalidad por causas obstétricas y por causas originadas en el período perinatal. Igualmente ha caído la cantidad de eventos centinela reportados por EPS y ARS (*Memorias Encuentro Nacional de APS*, 2005, p. 54).

Por último, con la crítica de que el proceso de reformas de los sistemas de salud ha centrado sus esfuerzos en aspectos organizacionales, financieros y administrativos de la prestación de los servicios de atención médica individual sin fortalecer la Salud Pública, la OPS puso en marcha

una estrategia integral para enfrentar el grave problema de la crisis de la Salud Pública generada por la reforma. Entendiendo Salud Pública como el conjunto de prácticas sociales e interdisciplinarias que posibilitan la intervención colectiva del Estado y de la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas, la OPS hizo la propuesta de las Funciones Esenciales de Salud Pública, FESP, como enfoque operativo para reorientar la actividad de los sistemas de salud en este campo. El desarrollo operativo de esa definición incluyó once componentes, entre los cuales los relacionados con la vigilancia y promoción del acceso equitativo y la garantía de calidad de los servicios de atención médica individual y colectiva y la promoción de la salud que, reconociéndola como una disciplina, la hizo parte de la Salud Pública (OPS/OMS, 2000).

Es de anotar que aunque esa definición de FESP no redujo éstas a los bienes públicos con externalidades positivas para la salud que defiende la corriente de economía neoclásica o neoliberal, tampoco incluyó la APS como parte de la Salud Pública, tal vez porque la APS tiene un componente de atención médica a las personas que ha venido siendo excluido de la concepción convencional de Salud Pública. Este vacío debió ser llenado con la propuesta de renovación de la APS, también hecha por la OPS, que entregó ideas claras sobre cómo y en cuáles aspectos podía avanzarse en la vinculación entre APS, Salud Pública y Promoción de la Salud (OPS/OMS, 2005)[1].

Entre los programas de intervención integral que se han desarrollado en el marco de las FESP están, entre otros, el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles, CARMEN, que inició en el año 2000; AIEPI, al que nos referimos antes; Atención del Parto Seguro y el fortalecimiento del PAI, entre otros. Se ha previsto, al menos teóricamente, que para ser integrales y lograr cobertura universal

[1] Sobre este punto, sin embargo, persiste el debate en la medida en que sobre la relación ente Salud Pública y APS se han desarrollado diferentes tendencias en la región. Así, por ejemplo, para la medicina social de América Latina la Salud Pública abarca las intervenciones para proteger y mejorar la salud de las personas tanto por medio de intervenciones colectivas como por la atención médica, incluida la Promoción de la Salud y la atención Primaria de Salud. Otra tendencia separa la Salud Pública –que incluiría la Promoción de la Salud– de la atención médica a las personas y las actividades de uno y otro campo serán necesariamente separadas tanto en la práctica médica como entre las autoridades responsables. En esta tendencia la atención primaria es sinónimo de atención médica individual de primer nivel tanto curativa como preventiva. La tercera tendencia admite que la APS sería la estrategia que enlazaría acciones pertinentes de la Salud Pública y de la Promoción de la Salud con la atención médica preventiva y curativa a las personas –la atención médica básica–. Es esta la posición de renovación de la APS con fundamento en Alma-Ata, que hoy promueve la PAHO/WHO (2007).

todos esos programas deben ser articulados en una estrategia organizadora de la APS como lo es la salud, la medicina familiar y comunitaria.

En materia de equidad es de resaltar que en Colombia no se ha planteado ninguna estrategia o programa nacional claramente orientado a la reducción de las hondas inequidades en estado de salud, y en el acceso y utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales, distinto del régimen subsidiado de aseguramiento para los pobres y del programa de atención de población en situación de desplazamiento forzado por la violencia. Los esfuerzos en este campo han sido débilmente orientados al seguimiento y evaluación de algunas inequidades en salud y en el acceso a los servicios de salud.

Un movimiento renovador se inició con las experiencias de APS con enfoque familiar y comunitario que se comenzaron a desarrollar por iniciativa de gobiernos progresistas o alternativos en Bogotá, Santander, el Valle del Cauca y Medellín. Iniciativas que en el contexto de la renovación de la APS, propuesta por la OPS, pudieran tipificar el escenario de la re-emergencia de la APS en el difícil marco del SGSSS. Las experiencias que se vienen acumulando pueden ayudar a afianzar el desarrollo e implementación de la APS en el contexto de un nuevo sistema de salud.

La experiencia de la APS en ciudades de Colombia

Del trabajo de Carrasquilla *et ál.* (2005a) se desprende que la forma como los gobiernos de Colombia pusieron en práctica la APS en ciudades grandes del país, entre 1987 y 1996, fue a través del modelo que fundaciones privadas operaron y cofinanciación en la forma de programas comunitarios. Este modelo se desarrolló fundamentalmente en las poblaciones pobres asentadas en zonas marginales urbanas, con base en el trabajo de voluntarias y promotoras de salud y de líderes extraídos de las comunidades. Los programas de las fundaciones buscaban apoyar la extensión de coberturas de los servicios de salud y prestar asistencia sanitaria sencilla en materia de promoción, prevención y manejo curativo de enfermedades comunes prevalentes, principalmente infecciosas, entre los núcleos comunitarios donde operaban.

Los métodos de intervención usados por estos programas fueron principalmente la promoción del autocuidado de la salud, la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Aunque se exploró el desarrollo y uso de tecnologías apropiadas, sin embargo muy pocos aportes pueden identificarse en este componente. De ahí que el esfuerzo mayor del programa se centrara en la capacitación de voluntarias y promotoras de salud y en la promoción y apoyo de proyectos comunitarios de carácter intersectorial. La articulación de los servicios de salud a estos programas comunitarios se dio principalmente a través del seguimiento del trabajo de las voluntarias y promotoras, de la recepción de pacientes remitidos por éstas y mediante la colaboración en la organización de los proyectos intersectoriales.

Como el liderazgo y gran parte del financiamiento de los programas estuvo en manos de fundaciones privadas, éstas imprimieron al manejo de los mismos el sello de gestión empresarial que las caracterizaba. Promovían la participación comunitaria, de instituciones públicas y privadas, buscando corresponsabilidad y diversificación en el aporte de recursos, generación de empoderamiento individual y desarrollo de capital social. El liderazgo privado, y la estrategia de concertación y cooperación entre el sector público y privado que pusieron en práctica, facilitó una importante participación de otros actores privados y públicos y el desarrollo de proyectos de acción intersectorial.

Sin embargo, no se desarrolló un enfoque de trabajo integral que fusionara la actividad comunitaria con la de los servicios de atención médica y de Salud Pública, sino que se mantuvieron dos nichos de acción que nunca pudieron acoplarse en forma coherente y sostenible: los servicios de atención en salud por un lado y el trabajo comunitario en salud por otro. Recordemos que hasta 1993 hubo un gran esfuerzo en materia de descentralización, de implementación de los SILOS y del Programa Municipios Saludables en el marco de la implementación de la APS y de la Promoción de la Salud. No obstante, a pesar de que teóricamente se alcanzó a avizorar la necesidad de trabajar en función de la articulación entre una y otra estrategia, en la práctica esto no se dio a través de los programas de las fundaciones privadas en las grandes ciudades.

Como consecuencia de lo anterior, no se muestran cambios importantes que hubieran podido producirse, desde la perspectiva de los elementos operativos de la APS según Alma-Ata, en la organización, funcionamiento



y práctica de las instituciones y funcionarios de salud. No hubo incorporación de los voluntarios al trabajo de los servicios de salud, ni modificación de las prácticas de éstos a través de un nuevo modelo de atención y de gestión. Por tanto, se dio una transformación del paradigma tradicional de organización y funcionamiento de los servicios, de la práctica de los funcionarios de salud, de la coordinación de la red de atención, ni de la integración entre ésta y la actividad comunitaria e intersectorial.

El hecho de que las autoridades territoriales, los servicios de salud y los funcionarios de la red pública de hospitales no hubiesen ejercido el liderazgo principal en el desarrollo de la estrategia, amén de factores contextuales como la reforma del Sistema de Salud con la Ley 100 de 1993, muestra la ausencia de una política para la incorporación de un nuevo modelo de atención en los servicios, y la poca institucionalización, permanencia y sostenibilidad de la estrategia. Al desaparecer del escenario las fundaciones privadas y centrarse los esfuerzos de los servicios en la implementación de la lógica de mercado de la Ley 100, los programas comunitarios de las fundaciones se desvanecieron.

Enseñanzas de la APS en las ciudades grandes

Como se desprende la sección anterior, hay tres momentos de los que pueden extraerse enseñanzas sobre la aplicación de la APS en las grandes ciudades en los aspectos de integración de los servicios de atención

individual y colectiva, la acción intersectorial y la participación comunitaria: la APS en el marco del SNS no reformado, la APS en el marco del SNS descentralizado, y la APS en el marco del SGSSS.

Integración de los servicios y acción intersectorial

Antes de la Ley 10 de 1990, que descentralizó el SNS y fomentó la APS en la forma de atención básica, no había suficientes condiciones organizacionales ni suficiente voluntad política, como tampoco claridad en la nación ni en los niveles sub-nacionales sobre estrategias, mecanismos y métodos para impulsar la integración de los servicios y la acción intersectorial por la salud. Lo que pareció fomentarse, en el marco de integrar funcionalmente los distintos componentes público, privado y de seguridad social del SNS, fue la coordinación funcional sectorial y extrasectorial en el ámbito de las regiones, los gobiernos departamentales y municipales. En este período, como ya hemos visto, predominó un cierto enfoque sectorial de APS Selectiva con programas de bajo costo desarrollados por promotoras como la prestación de asistencia domiciliaria, la rehidratación oral, la promoción de la lactancia materna y la clasificación nutricional con la cinta de tres colores.

Luego de la aplicación de la Ley 10 de 1990 y hasta 1993, cuando se formuló la Ley 100 de 1993 que creó el SGSSS, se dieron algunos desarrollos principalmente organizacionales y estructurales de los servicios de salud en el marco de la descentralización del Estado –política de modernización del Estado–. Entre estos desarrollos están la entrega de la responsabilidad de la dirección de la salud, del liderazgo en la integración de los servicios y de la acción intersectorial a los alcaldes en el ámbito municipal buscando la conexión del sector salud con los planes locales de desarrollo social, y en las comunas o localidades –subdivisiones político administrativas de los municipios– al primer nivel de atención –centros y puestos de salud–. En estos últimos se buscaba generar espacios de participación comunitaria y de acción intersectorial e interinstitucional alrededor del desarrollo de proyectos que dieran respuesta a problemas que afectaban la salud de las comunidades. En algunas ciudades se avanzó en el desarrollo de procesos incipientes de integración de los servicios de salud durante la organización de Sistemas Locales de Salud, como es el caso de ASBASALUD en Manizales, en el desarrollo de programas comunitarios

como los de Vigías de la Salud, de responsabilidad del sector educativo, y en la concertación de convenios para generar espacios de proyección de la Atención Primaria de Salud, que incluía la creación de la Red Nacional de Atención Primaria.

La Ley 100, con su lógica de mercado, le quitó fuerza a esta perspectiva descentralizadora y centró los esfuerzos de los municipios en la creación de condiciones organizacionales para la operación de agentes autónomos en el sector público y en el privado que pudieran sobrevivir financieramente compitiendo en el mercado de prestación de servicios,–ESE e IPS– y de aseguramiento de la población –EPS y ARS–. En este período, habiéndose separado en forma radical los servicios de atención médica individual de los servicios de atención colectiva, la acción intersectorial se redujo a las actividades del PAB a través de la supérstite estrategia de Municipios y Escuelas Saludables, particularmente en aspectos como el saneamiento ambiental, el comportamiento humano y la formulación de planes y proyectos de salud articulados a los planes locales de desarrollo.

Esto, además de la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios en el marco del SGSSS, la competencia cuasi-regulada en los cuasi-mercados de aseguramiento y prestación de servicios del SGSSS, escindió más la atención médica individual de la atención colectiva, lo que ayudó a generar una situación de fragmentación y segmentación de las intervenciones, que obviamente haría más difícil la aplicación de los criterios de la APS bajo la égida de la Ley 100 de 1993.

Participación comunitaria

Entre 1987 y 1990 (Colombia/Ministerio de Salud/OPS, 1988) el plan de gobierno tenía ejes claves en participación comunitaria: educación para el autocuidado de la salud, apoyo a organizaciones comunitarias de base, gestores comunitarios de salud incorporados a equipos de salud familiar y comunitaria, y unidades comunitarias de salud y ambiente. Sin embargo, el desarrollo de la política fue parcial quedándose la aplicación del plan de gobierno principalmente en educación individual, familiar y comunitaria para el autocuidado de la salud y en el apoyo a organizaciones de base en algunas ciudades como Cali. No se hizo énfasis en promover la participación decisoria en los procesos de planeación y gestión de la salud, ni en la conformación de los gestores de salud y equipos de

salud familiar y comunitaria de los servicios, y poco desarrollo se tuvo de las unidades comunitarias de salud y ambiente para promover la acción intersectorial por la salud.

El período entre 1991 y 1993 fue fructífero en materia de desarrollo normativo propiciatorio de la participación comunitaria con la Ley 10 de 1990 y la Constitución Política de 1991 (Díaz Uribe, 1990). Además de las tradicionales formas de participación comunitaria referidas a la formación de agentes voluntarios para propiciar la educación, la prevención y el autocuidado de la salud, se avanzó en la definición de pautas de participación en el diagnóstico, la toma de decisiones en la formulación, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, y en la prestación y la gestión de los servicios de salud. Se crearon formas organizativas como los Comités de Participación Comunitaria, las Asociaciones de Usuarios, los Consejos Comunitarios Locales y la participación en las juntas directivas de los hospitales públicos de primer nivel. Algunas limitaciones se presentaron relacionadas con la débil cultura de participación ciudadana tanto en el ámbito de las comunidades como entre los funcionarios de los servicios, la poca eficacia de la participación en la solución de problemas y la dispersión y duplicación de esfuerzos que hizo poco eficaz y democrático el proceso participativo.

A partir de la Ley 100 de 1993 la participación mantuvo las pautas definidas por la Ley 10 de 1990, pero aparecieron nuevas expresiones como la participación en la formulación, ejecución y control de los planes locales de salud, y la pretensión de hacer avanzar la participación en procesos intersectoriales de carácter macro y nacional. Los Comités de Participación Comunitaria se transformaron en una forma más amplia por su carácter intersectorial pero menos representativa, conocida como COPACOS. Se expresó en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado, ESE, más allá del primer nivel de atención, en las Empresas Solidarias de Salud, ESS, en los comités de ética médica, en los procesos de autogestión para el desarrollo de las acciones del PAB, de prestación de servicios y en procesos de veeduría ciudadana. Aunque se dieron procesos de apoyo a la participación individual y comunitaria y al fortalecimiento de los espacios de participación, ésta estuvo inmersa en una racionalidad de mercado que la hizo instrumental de los intereses de los aseguradores e instituciones prestadoras de servicios de salud, restándole autonomía y fuerza participativa y decisoria.

En los tres períodos, la experiencia de participación desde el programa de APS agenciado por las fundaciones privadas hizo énfasis en la formación y consolidación de organizaciones de voluntarios, agentes comunitarios y promotoras de salud, y en el apoyo a organizaciones comunitarias de base (Carrasquilla *et ál.*, 2005a). Sus tareas se orientaban a la educación en salud, promover el autocuidado, la ejecución de tareas de asistencia sencillas, la participación en el diagnóstico de la situación de salud, en la formulación, ejecución y seguimiento de proyectos locales e intersectoriales de salud, y en la promoción de la salud en el marco de los programas de los SILOS y municipios saludables. Una concepción del trabajo de las fundaciones consistía en que la participación debería proyectarse al desarrollo de acciones en las familias y a la movilización de recursos comunitarios.

En general la participación careció de una visión de derechos y de ciudadanía que permitiera plantearla en el marco de la exigibilidad del derecho a la salud, la promoción de diversas formas organizativas autónomas más allá de las institucionales, la ampliación del empoderamiento personal y colectivo para romper con el clientelismo y la instrumentalización de la participación, y el desarrollo de amplios procesos y redes de participación social, que más allá de la tradicional idea de la participación comunitaria involucrara a diferentes actores públicos y privados. Es claro que no hubo una estrategia sostenible de implementación de la APS que articulara más honda y ampliamente la participación y organización social y comunitaria con ésta.

Uno de los problemas que dificultó la sostenibilidad de la participación comunitaria fue la falta de coordinación institucional entre el Trabajo Comunitario de Salud, TCS, la Acción Intersectorial y la reorganización de la prestación de los servicios de salud, porque además de que el TCS se impulsó desde afuera de los servicios y por actores de instituciones privadas, no hubo un programa claro de cambio organizacional y de modificación de las prácticas, competencias y habilidades de las instituciones y de los funcionarios del sector público, y del modelo de atención del mismo para trabajar con las comunidades y promover la acción intersectorial por la salud.

Los modelos de participación comunitaria en salud, salud institucional y de monitoreo y remisiones auspiciados en el marco de la experiencia de APS agenciada por las fundaciones privadas en las ciudades, se

dieron como procesos separados unos de otros. No hubo equipo de trabajo integrado con enfoques y prácticas comunes, ni conexión suficiente entre los TCS y los de los funcionarios de los servicios de salud. Debido a que el énfasis estuvo en un cierto enfoque de participación comunitaria en salud orientada hacia el autocuidado, hubo pocos o nulos esfuerzos orientados a transformar el trabajo de los servicios –en la búsqueda de la modificación de sus prácticas–, particularmente de la salud pública, y a lograr la integración de éstos con el trabajo comunitario. La experiencia de las monitorías como forma de articulación de los TCS y los servicios públicos de salud no parece haber sido suficiente.

Hizo falta una estrategia organizadora de la APS y de la salud pública con una orientación al tiempo familiar y comunitario que ayudara a modificar las prácticas personales, familiares, comunitarias y de los servicios, la administración y los procesos de institucionalización, y que propiciara la sostenibilidad de los programas.

Las reformas recientes del SGSSS y el papel asignado a la APS

En un contexto de simpatías globales, regionales y nacionales cada vez más alinderadas en la dirección de retomar la Atención Primaria de Salud como estrategia básica de los sistemas de salud para propiciar la equidad en salud y fundamentar su propia renovación, el Gobierno Nacional se ha visto obligado a responder a tales influencias con intentos tímidos que hasta ahora no han abierto un camino claro que permita crear las condiciones para la puesta en marcha de la APS en el país. Uno de esos primeros intentos fue aceptar la inclusión en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud de una línea de acción orientada a "la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria" (Ministerio de la Protección Social/República de Colombia, 2005). Ello se haría a través del "proyecto para la sistematización, consolidación y difusión de experiencias exitosas de modelos de atención". Sin embargo, la APS no ocupa un lugar significativo en tal política, ni el Gobierno ha propiciado desarrollos normativos ni técnicos ni hecho esfuerzo alguno por asumir la APS como una línea de política pública de trabajo y más bien la ha dejado al azar de la libre decisión de los entes territoriales y de los aseguradores en el terreno de las conveniencias del mercado.

El segundo intento de inclusión de la APS en una política gubernamental se dio con la Ley 1122 del 2007 (República de Colombia/Gobierno Nacional, 2007) que hizo ajustes marginales a la Ley 100 de 1993. En el Artículo 33, literal i de la Ley 1122 se señala que el Plan Nacional de Salud Pública que esta Ley crea incluye "los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria". El Artículo 32 de dicha Ley estableció que "la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva". La Ley busca convertir lo que llama "modelos de atención primaria" en elementos de la Salud Pública –antiguo Plan de Atención Básica, PAB, bajo la responsabilidad del Estado– y de las actividades de promoción y prevención del POS –bajo la responsabilidad de las aseguradoras privadas y públicas– que tienen que ver con salud pública, pero no lo hace con el resto de beneficios pertinentes del POS, es decir, no pone a la APS ni a la salud pública como elementos integradores del conjunto de servicios de salud individuales y colectivos, ni conecta éstos con otros sectores y las comunidades. El Plan extiende las acciones de salud pública a aquellas acciones individuales de promoción y prevención del POS bajo la categoría de bienes privados objeto del mercado, pero a través de las aseguradoras. Eso quiere decir que la Ley no hace obligatoria la APS para las aseguradoras en lo que tiene que ver con servicios curativos individuales y deja los así llamados "bienes privados" al libre albedrío del manejo de éstas; por consiguiente, la Ley 1122 no establece reglas claras en cuanto al papel de la APS para enfrentar los problemas de segmentación, fragmentación y falta de integralidad de la atención creados por la Ley 100 de 1993.

De otra parte, la Ley 1122 define la APS como modelos de "salud familiar y comunitaria", "atención primaria", y "atención domiciliaria" que pueden ser desarrollados en el marco del Plan Nacional de Salud Pública y no como una filosofía ni estrategia del conjunto del sistema de salud, lo cual le resta peso, autoridad y legitimidad como medida de responsabilidad pública para mejorar la salud de la población en general y reducir las inequidades en salud. Sin embargo, el hecho de que la APS así definida en la Ley se incluya como modelos de atención del Plan Nacional de Salud Pública, al menos formalmente podría favorecer la integración de las acciones comunitarias e individuales de la salud pública, su potencial para actuar sobre factores determinantes y de riesgo de la salud colectiva, así como servir de fuente de inspiración para una posible integración de los servicios de salud, al menos por actores.

Cuando se esperaba que la reglamentación del Plan Nacional de Salud Pública desarrollara y estructurara los elementos de la APS enunciados en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 3039 del 2007, que regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública (República de Colombia/Ministerio de la Protección Social, 2007), sólo hace referencia a la APS en la página 56 cuando en el marco de las "Estrategias para mejorar la salud mental" establece que "hay que diseñar e implementar un modelo de Atención Primaria en Salud Mental". A título de concesión podría suponerse que la APS podría ser desarrollada bajo la línea de política No. 1 –Promoción de la salud y la calidad de vida– que otorga competencias a la nación y a los entes territoriales, pero no a las aseguradoras, para la "formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios". Sin embargo, este planteamiento no es explícito en relación con la APS y sigue dejando a discrecionalidad de los entes territoriales la posibilidad de su desarrollo.

El Plan Nacional de Salud Pública, que en general dice apoyarse en el enfoque de población, y en el ya superado marco conceptual de los "determinantes de la salud" de Lalonde (1974) que se reduce a entender la determinación de la salud desde la relación entre ambiente, herencia, comportamiento y servicios de salud, está realmente fundamentado en el enfoque de gestión social del riesgo (Holzmann y Jorgersen, 2000), un marco conceptual desarrollado por expertos al servicio del Banco Mundial en consonancia con su propuesta de sistemas de protección social fundamentados en la lógica de mercado, que sólo reconoce como factores causales de las enfermedades "los riesgos en poblaciones específicas". A pesar de que el Plan dice apoyarse en los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad, en realidad sus objetivos, contenido, estructura, métodos de acción y líneas de política, poco o nada tienen que ver con enfoques robustos de reducción de inequidades en salud (OMS/CDSS, 2008). Con estas decisiones parece confirmarse la tesis de que es la lógica del contenido mismo de la Ley 100 de 1993 lo que en sustancia es el obstáculo mayor tanto para el desarrollo de la salud pública como de la Atención Primaria Integral de Salud en Colombia (Carrasquilla *et ál.*, 2005b; Vega Romero y Hernández Bello, 2008).

Del estudio de Carrasquilla *et ál.* (2005b) se desprende que el conjunto normativo y de políticas desarrollado en el país a partir de la Ley 100 de

1993 no ha sido beneficioso para el desarrollo de la estrategia de APS y del sistema de salud en función de mejores resultados y equidad en salud. En vez de orientarse a promover la APS para mejorar la equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud; estimular la acción intersectorial por la salud, la movilización y participación social y comunitaria; fortalecer el derecho a la salud, y la integración de las acciones de promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad y la rehabilitación; por el contrario, tales normas han enfocado las acciones del sistema de salud, de los aseguradores, las autoridades sanitarias locales y los prestadores de servicios hacia la atención intrahospitalaria, especializada y por demanda espontánea; han hecho énfasis en los aspectos administrativos y financieros del desempeño del sistema y en una formación del recurso humano funcional de estos imperativos; han empujado a los municipios hacia la realización de acciones educativas desarticuladas; han hecho la participación comunitaria instrumental de los fines del negocio de la salud, y han logrado que la descentralización, a pesar de disponer de mayores recursos, no se haya reflejado en mayor equidad y cobertura de las acciones colectivas del sistema. Dado el contenido de mercado de la Ley 100 y de sus reformas posteriores, el desarrollo de la APS no parece encontrar apoyo político por parte del actual Gobierno Nacional ni de los sectores económicos ligados al negocio de la salud.



Las posibilidades de la APS Integral en el marco del SGSSS

Las anteriores formulaciones ponen en duda que en las condiciones actuales del Sistema de Salud de Colombia la APS Integral pueda florecer en forma sostenible y jugar un claro papel en la mejoría de la salud y en la reducción de las inequidades en salud, en la integración de los servicios de salud y en la promoción de la acción intersectorial y de la participación social, a menos que se reconozca como una política de Estado y los gobiernos nacional y territoriales propicien los cambios necesarios, tanto normativos como organizacionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para su implementación.

El reconocimiento de la APS como una política de Estado, y la consecuente obligación de los gobiernos para con la misma, debe partir de aceptar la Atención Primaria Integral de Salud como uno de los elementos necesarios para garantizar el derecho a la salud. Recordemos que la Declaración de Alma-Ata sobre APS del 12 de septiembre de 1978 (OMS, 1978) reconoció la salud como un derecho humano fundamental cuando planteó:

1. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud.

5. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos, lo que se puede lograr sólo mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

La APS fue definida en esa Conferencia como la estrategia para garantizar *Salud para Todos* en el año 2000, formulación que aún no ha perdido vigencia, como lo ha reiterado la Organización Panamericana de la Salud (PAHO/WHO, 2007), la Conferencia Internacional de Buenos Aires (Gobierno de la República Argentina, 2007) y la Organización Mundial de la Salud (Chan, 2007; OMS, 2008), que han subrayado la necesidad de un énfasis renovado en la APS como enfoque para fortalecer los sistemas de salud y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Uno de los aportes más importantes para retomar la APS como una estrategia clave de los sistemas de salud ha sido la demostración científica de la eficacia de la misma para mejorar la salud, la equidad en salud y disminuir los costos de los sistemas de salud (Starfield, Shi & Macinko, 2005). La APS debe ser base del sistema de salud por las siguientes razones que han sido extraídas de las evidencias científicas estudiadas sobre las características que reúnen los sistemas de salud pro-equidad (HSKN, 2007; PAHO/WHO, 2007; Starfield, Shi & Macinko, 2005):

- Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- Potencia el empoderamiento y la acción social.
- Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades indígenas.
- Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.
- Articula la atención clínica individual con la acción colectiva y sirve de orientadora del acceso a los demás niveles de atención.
- Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud.

Para que el Sistema de Salud Solombiano pueda funcionar como un sistema de salud pro-equidad se requiere que en el país se promueva el desarrollo de un enfoque de APS Integral, explícitamente fundamentado en los valores de la justicia social, la equidad en salud, el derecho a la salud y en los principios y elementos del acceso y la cobertura universal, la interculturalidad en salud, la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, la orientación hacia las personas, las familias, las comunidades y el ambiente, y que desarrolle un conjunto de estrategias que permitan proveer atención médica integral a los individuos, generar autocuidado y educación en salud, organización y desarrollo comunitario, movilización y empoderamiento social, abogacía y construcción de coaliciones por la salud.

Referencias

Banco Mundial. (1987). *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Washington D. C.

_____. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington D. C.

Blum, H. (1976). "From a Concept of Health to a National Health Policy", en *Journal of Health Planning,* I, pp. 3-22.

_____. (1978). "¿Does Health Planning Work Anywhere, and if so, Why?", en *Journal of Health Planning,* 3 (3), pp. 34-47.

_____. (1980). "Social Perspective on Risk Reduction", en *Family and Community Health,* 3 (1), pp. 41-61.

Carrasquilla, G., Arias, N., Gómez, O. L., Girón, S. & Velásquez, L. (2005a). *La estrategia de atención primaria. Una Intervención para no olvidar* (borrador).

_____. (2005b). "La atención primaria: puntos de encuentro y viabilidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud", capítulo X del libro en borrador: *La estrategia de atención primaria, una intervención para no olvidar*.

Chan, M. (2007). *The Contribution of Primary Health Care to the Millennium Development Goals*. Opening address at the International Conference on Health for Development. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/en/

Ministerio de Salud. (1981). *Informe al Honorable Congreso de la República*. Bogotá, Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud.

DAM, Dirección de Atención Médica/DMIDP, División Materno Infantil y Dinámica de la Población/Ministerio de Salud. (1985). *Evaluación y proyecciones de la cooperación* UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas/OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud (título adjudicado, documento inédito, primer borrador).

Ministerio de Salud/DPC, Dirección de Participación de la Comunidad. (1977). *Componente de participación de la Comunidad en el SNS: niveles de atención*, inédito, Bogotá.

_____. (1981). *Plan Nacional de Participación de la Comunidad en Atención Primaria de Salud*, inédito, Bogotá.

_____. (1985). *Plan de Participación de la Comunidad en Salud*, inédito, Bogotá.

Ministerio de Salud/OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1988). *Resultados de la Investigación y de la Encuesta Nacional sobre Participación de la Comunidad*, Informe presentado por Margarita Hurtado de la Vega, consultora OPS, inédito, Bogotá.

CONASS, Consejo Nacional de Secretarios de Salud. (2004). *Atención Primaria*, Seminario de CONASS para la Construcción de Consensos, primera edición, Brasilia, CONASS documento No. 2, abril de 2004.

Cueto, M. (2004). "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", en *Joint Learning Initiative Working Paper 1-8: Global Health Trust*.

Díaz Uribe, E. (1990). "Sistema Nacional de Salud y la Política de Atención Primaria", en FES, Fundación para la Educación Superior (Ed.), *Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Grandes Ciudades*, pp. 17-31.

Gilpin, M. (1991). "Update: Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation", en *Journal of Public Health Policy,* 12, (1), pp. 83-103.

Gobierno de la República Argentina/OMS, Organización Mundial de la Salud/OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2007). *De Alma-Ata a la declaración del Milenio. Hacia un cuidado integral de la salud para todos*, Buenos Aires, Argentina. Recuperado en www.buenosaires30-15.gov.ar

Holzmann, R. & Jorgersen, S. (2000). *Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social, Banco Mundial, Departamento de Protección Social, Red de Desarrollo Humano. Recuperado en www.worldbank.org

HSNK, Health Systems Knowledge Network. (2007). *Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Final Report, Geneva, World Health Organization.

Infante, A. (2007). *The Post-Military Government Reforms to the Chilean Health System. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Recuperado en http://www.who.int/social_determinants/map/en)

Jaramillo Salazar, A. (1980). *Informe del Ministerio de Salud al Congreso de la República*. Bogotá, Ministerio de Salud.

Lalonde, M. A. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Office of the Canadian Minister of National Health & Welfare, Canada.

McKeown, T. (1971). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust.

McKeown, T. & Lowe, C. R. (1974). *An Introduction to Social Medicine*, (2nd Ed.), London, Blackwell Scientific Publications.

Memorias Encuentro Nacional de APS, Atención Primaria de Salud, mayo 26-28 de 2005, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*, Bogotá D. C.

_____. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública*, Decreto No. 3039 de 10 de agosto de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

_____. (2003). Ley 715 de 2003. Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud.

Ministerio de Salud. (1992). *Descentralización y municipios saludables para un nuevo departamento*, Bogotá, Gráficas Macondo.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de Salud*, informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Serie Salud para Todos No. 1.

_____. (2008). *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca*, Ginebra.

OMS, Organización Mundial de la Salud/CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del Informe Final, Ginebra, Suiza. Recuperado en www.who.int /social_determinants

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1988). "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los

sistemas nacionales de salud", documento CD 33/14, Res. XV–XXXIII del Comité Directivo, Washington, D. C., en Paganini, J. M. & Capotemir R. (Eds.).

_____. (1990). *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, Washington D. C., Publicación Científica No. 519.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (1980). *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*, Washington D.C.

_____. (2000). *Funciones esenciales de salud pública*, 42 Consejo Directivo, Washington D. C. 52 Sesión del Comité Regional.

_____. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*, Bogotá, Editorial Carrera 7ª.

_____. (2005). *Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*, Washington D. C., borrador para discusión, versión en español 5 de mayo de 2005, original en inglés 31 de marzo de 2005.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud/SSPMC, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. (1990). *Desarrollo de los sistemas locales de salud en los países de la sub-región andina*, Cali, OPS/OMS.

PAHO, Pan American Health Organization/WHO, World Health Organization. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization/*World Health Organization.

República de Colombia/Gobierno Nacional. (2007). Ley 1122 de 2007, Bogotá.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *The Milbank Quarterly,* 83 (3), pp. 457-502.

Torres, C. H. (Comp.). (2003). *Sistema de Seguridad Social en Salud* (legislación), segunda edición, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, Vol. IV, Colección Seguridad Social.

Vargas González, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en acción*, Costa Rica, EDNASSS, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social/CENDEISSS, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

Vega Romero, R. & Hernández Bello, A. (2008). "La lógica del Plan Nacional de Salud Pública al descubierto: inconsistencias y coherencias", en *Cuadernos del Doctorado, 7. El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia/Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública, pp. 65-77.

Villegas de Olazával, H. (2005). "Atención Primaria de Salud y Salud para Todos: Costa Rica y Centroamérica. Escenarios, participación, desafíos siglo XXI", en Ministerio de Salud Costa Rica/Caja Costarricense de Seguro Social/OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud, *Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma-Ata*, San José, Costa Rica, pp. 21-58.

Walsh, J. A. & Warren, K. S. (1979). "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", en *New England Journal Medicine,* 301, (18), pp. 967-974.

WHO, World Health Organization. (1987). *Decentralization and Health for All Strategy*, Geneva.

WHO, World Health Organization/CSDH, Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, draft.



Modelo conceptual y filosófico de la APIS en Bogotá

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

Hasta el año 2003 las políticas sociales, públicas y de salud de Bogotá no habían logrado dar respuesta suficiente a las necesidades de la población, hecho evidenciado por indicadores que reflejaban hondas inequidades sociales, alta prevalencia de morbimortalidad evitable y accesibilidad limitada de la población en desventaja social y económica a los servicios de salud y a otros servicios sociales (DANE ECV, 2003 y E. Osorio, 2004). Como ejemplo de lo anterior, Bogotá en el año 2003 tuvo una tasa de mortalidad infantil de 15.1 por mil nacidos vivos, una de mortalidad materna de 61.7 por cien mil nacidos vivos y altas tasas comparativas de mortalidad por neumonía (20.2 por cien mil menores de cinco años) y EDA (5.2 por cien mil menores de cinco años) al tiempo que las muertes para todas las edades por enfermedades crónicas tendían a situarse en los primeros lugares, sobre todo entre los habitantes de las localidades pobres (Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En el año 2004 el Gobierno de Bogotá decidió poner en práctica la estrategia de APS con enfoque integral en el marco de la Política Distrital de Salud 2004-2008. La política se diseñó con el propósito de garantizar el derecho a la salud de la población, especialmente de los sectores en desventaja social, y alcanzar el más alto grado posible de salud haciendo énfasis en la equidad en salud, en la solidaridad social y en la autorresponsabilidad ciudadana (Vega *et ál.*, 2008). La APS se instituyó como un esfuerzo distrital en el marco del sistema de salud del país, que debería

servir para generar tanto un nuevo modelo de atención equitativo e integral, como para influir en el comportamiento de los aseguradores en el sentido de comprometerlos con este modelo. Ambos tipos de cambios deberían ser propuestos desde una lógica que ayudara a esclarecer las posibilidades, límites y contradicciones del sistema de salud hegemónico, además prever el talante y sentido de los cambios estructurales que serían necesarios en el futuro para modificar la lógica de conjunto del SGSSS y garantizar el éxito del nuevo camino hacia la garantía del derecho a la salud (Vega *et ál.*, 2008).

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la política para garantizar el derecho a la salud, asume la APS como la estrategia que se basa en la idea de la atención integral según las necesidades de las personas y como la forma de organización de servicios de salud en los diferentes niveles, lo cual integra todos los aspectos de estos servicios. Esta enfatiza la equidad social, la corresponsabilidad entre la población, los sectores público y privado, la solidaridad, la participación social y un concepto amplio de salud (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007).

El enfoque filosófico y conceptual que ayudó a definir las características y operación de la estrategia formulada para Bogotá, fue el de Atención Primaria Integral de Salud, APIS. Este enfoque se fundamentó en la combinación de cuatro fuentes teórico-conceptuales y normativas (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud, 2004; Vega & Carrillo, 2006):

1. La declaración de Alma-Ata (OMS, 1978).
2. El Artículo 12 del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, y la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CDESC, (2000).
3. La estrategia de salud pública denominada “Modo promocional de calidad de vida y salud” que venía siendo impulsada y desarrollada en países como Brasil y Venezuela (D’ Elia, De Negri, Huggins Castañeda, Vega & Bazó, 2003).
4. El trabajo conceptual y científico sobre la APS desarrollado por Barbara Starfield en distintos contextos (1992 y 2001).

De la Declaración de Alma-Ata se retomaron los principios filosóficos que hacen énfasis en el carácter universal e interdependiente del derecho

a la salud; equidad para la distribución y acceso a los servicios básicos de atención de salud y en los resultados en el estado de salud; promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación; autonomía, responsabilidad, participación individual y comunitaria; planeación y coordinación intersectorial de políticas, programas y servicios; y en el uso de tecnologías apropiadas.

Del numeral I de la Declaración se retomó como valor central el de derecho a la salud como derecho humano fundamental e interdependiente de otros derechos económicos y sociales:

> La Conferencia reitera firmemente que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, así mismo reafirma que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo y posiciona a la salud como un derecho humano fundamental para cuya realización se exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud.

Del numeral II de la Declaración se retomó la manifestación de inaceptabilidad de las desigualdades sociales en salud prevalentes en el mundo y la necesidad de actuar para eliminarlas o reducirlas:

> La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

Del numeral VI se retomó la definición y caracterización de la APS como:

> La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la

comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

De la Declaración de Alma-Ata se retomaron también los elementos operativos propuestos en el numeral VII, los cuales permiten poner en práctica la estrategia y darle carácter cultural, científico, contextual, integral, individual, familiar y comunitario a sus intervenciones; establecer sus articulaciones con la atención médica personal y la salud pública; definir el contenido de atención continua, integrada y coordinada de sus actividades y definir el alcance intersectorial y participativo de sus acciones. En este numeral la Declaración señaló que la Atención Primaria de Salud:

- Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas.
- Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.
- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria

de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles y, con tal fin, desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

- Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

A partir de la Declaración de Alma-Ata la APS no sólo devino el derecho a la salud de obligatorio cumplimiento por los Estados, sino que fue inspiradora de la sustentación que las Naciones Unidas (PIDESC y CDESC, 2000) hicieron para establecer las normas y requerimientos mínimos esenciales que obligarían a los Estados a garantizar el derecho a la salud a nivel internacional y nacional. De estos pactos internacionales, particularmente de las interpretaciones del Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hechas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CDESC- en su Observación General No. 14 del 2000 –párrafos 1 y 3–, proviene la segunda fuente conceptual y filosófica orientadora de los principios de APS adoptados en Bogotá, de lo cual se asumió que:

> La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.
>
> El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta

Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

En el numeral 11, refiriéndose a la definición del derecho a la salud establecida en el apartado 1 del Artículo 12, el Comité interpreta este derecho señalando que:

El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

Al mismo tiempo, del numeral 43 de la Observación general No. 14, se retomó el establecimiento de los niveles mínimos esenciales que deben ser garantizados por el Estado como una obligación básica con efecto inmediato para dar cumplimiento al derecho a la salud, incluida la Atención Primaria de Salud (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría de Salud, 2004: 14-16):

En la observación general No. 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Estos planteamientos son considerados conjuntamente con otros instrumentos más recientes como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. La Declaración de Alma Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del Artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

a. Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
b. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada, segura y que garantice que nadie padezca hambre.
c. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
d. Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
e. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
f. Adoptar y aplicar, sobre la base de pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados y revisados periódicamente sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

De otra parte, tanto del Artículo 12 del PIDESC, como de la Observación general No. 14 del CDESC, se retomaron nuevos elementos que ayudan a actualizar las formulaciones de la Declaración de Alma-Ata para la puesta en operación de la estrategia de APS en el marco de las nuevas condiciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas. Así, el Artículo 12 señala explícitamente el tipo de medidas que deben adoptar los Estados para garantizar el derecho a la salud:

- Provisión para la reducción de las tasas de mortalidad perinatal e infantil, y para el desarrollo saludable de los niños y niñas.
- Mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene ambiental e industrial.
- Prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas y ocupacionales, entre otras.
- Creación de condiciones que aseguren a todos, y a todas, servicios médicos y atención médica en situaciones de enfermedad.

De acuerdo con el numeral 12 –resumido por los autores– de la Observación general No. 14, la aplicación obligatoria de tales medidas por parte del Estado, y de la APS como componente del derecho a la salud, deberá hacerse atendiendo a los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a. *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
b. *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica equitativa, acceso a la información.
c. *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
d. *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

La inclusión de la APS en el campo de los derechos humanos le dio un carácter vinculante en términos de la obligación del Estado de aplicarla en el marco del bloque de constitucionalidad. Sin embargo, dado que en la tradición colombiana la APS siempre se entendió como medicina primitiva o como un nivel básico encargado esencialmente de la curación de las enfermedades comunes y relativamente leves con médicos generales, enfermeras, personal auxiliar o comunitario, que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo. Como en el marco de la Ley 100 de 1993 la APS fue reemplazada por las actividades de salud clasificadas como bienes públicos bajo la responsabilidad del Estado y empaquetadas en el Plan de Atención Básica, PAB, y por los componentes básicos de promoción, prevención y curación individuales incluidos



en los Planes Obligatorios de Salud, POS, bajo la responsabilidad del mercado de aseguramiento, fue necesario fortalecer la APS, particularmente en su componente de servicios de atención en salud, con atributos científicamente fundamentados, comprensivos y modernos que ayudaran a renovar el imaginario pesimista que se había creado sobre la APS en la ciudad y a cambiar por un enfoque integral el contenido selectivo de la atención primaria puesta en práctica por la Ley 100 de 1993. En el trabajo de Starfield (Starfield, 2001), la Secretaría Distrital de Salud encontró un conjunto de argumentos conceptuales y científicos que permitieron fortalecer la visión sobre el potencial y las características transformadoras de la APS en función de los desafíos para la salud de la ciudad.

De acuerdo con Starfield hay una serie de factores ambientales preexistentes, de los procesos y relaciones sociales, así como factores genéticos, de los estilos de vida individuales y de los servicios de salud, que actuando de forma directa o indirecta determinan el estado de salud de las personas y de la población (Starfield, 2001). Por eso, para mejorar la salud, tanto el sistema de salud como la Atención Primaria de Salud deben tener características específicas que les permitan centrarse en las necesidades de salud de las personas y de la población y actuar sobre los determinantes de la misma.

En cuanto a las características, se asume que los resultados en salud, su equidad y el costo de obtenerlos dependen en gran medida del

carácter universal, integral y equitativo de los sistemas de salud y de la medida en que éstos hayan sido constituidos de acuerdo con la Atención Primaria de Salud (Starfield, 2001). Al mismo tiempo, para que la atención primaria mejore los resultados en salud y promueva la equidad, debe asumir una serie de responsabilidades (Starfield, 2001; Giovanella, 2008) identificables y medibles a través de los siguientes *atributos* o funciones, que específicamente, la distinguen de otros niveles asistenciales:

- *Accesibilidad y primer contacto*: entendido como la oportunidad de acceso geográfico, económico, cultural y organizacional de los medios y servicios de salud y la utilización, contacto o uso efectivo de los mismos según la necesidad de las personas, familias, grupos sociales y comunidades.
- *Integralidad*: articulación de respuestas a las necesidades en salud individual y colectiva mediante acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales. Incluye la articulación entre la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y la comunicación sectoriales, además de las distintas acciones requeridas de otros sectores según las necesidades.
- *Continuidad*: seguimiento de los procesos de atención en el tiempo hasta su superación completa, según la necesidad de cada caso concreto, en las redes de servicios sectoriales y sociales disponibles.
- *Longitudinalidad o vínculo*: la permanencia en el tiempo de la relación entre las personas y los equipos de atención y los servicios de salud, basada en el reconocimiento mutuo y la confianza propios de la buena relación usuario-prestador de servicios.
- *Coordinación*: es un principio fundamental de la atención sectorial por niveles, entendido como "la regulación del acceso a otros niveles asistenciales y existencia de mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia".
- *Orientación familiar*: que incluye consideración por la estructura, dinámica y contexto familiar de las personas para responder adecuadamente a sus necesidades individuales y colectivas.
- *Orientación comunitaria*: se refiere al conocimiento de las necesidades de salud del conjunto de la población adscrita desde la perspectiva de su contexto económico, social y cultural, de la distribución de la salud-enfermedad teniendo en cuenta la clasificación sociodemográfica y socioeconómica de la población, así como de los recursos disponibles para superar las desigualdades inaceptables.

- *Participación social*: es el ejercicio a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones intervienen en el abordaje de las situaciones de salud, bien sea para participar en la proposición, planeación, ejecución y control de las acciones de salud que le conciernen, o como conformación de factores protectores ante una determinada situación destructiva de salud, en virtud de la autonomía, la ciudadanía y la corresponsabilidad social.
- *Competencia cultural*: reconocimiento de las diferentes necesidades de los grupos poblacionales según sus características étnicas, raciales y culturales, entendiendo sus representaciones y prácticas del proceso salud-enfermedad.

La estrategia *promocional de la calidad de vida y la salud* fue otro recurso conceptual utilizado para la formulación de la APIS en Bogotá (Alcaldía Mayor/Secretaría de Salud, 2004). Esta estrategia se fundamenta en los principios de autonomía, la calidad de vida, la determinación social de la enfermedad y la perspectiva del derecho a la salud como ordenadores para la acción (De Negri Filho, 2004). Con su apoyo se buscó "pasar de un modo de atención basado en la enfermedad, en el que predomina la gestión de los servicios curativos, se filtran las demandas y se identifican las necesidades de la población de manera fragmentada, hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales por medio de un modo de promoción de la calidad de vida y la salud". Con este enfoque la APIS –uno de cuyos componentes es clínico–, buscó fortalecer desde los servicios de salud la promoción de la calidad de vida y la salud actuando sobre los determinantes sociales para garantizar de forma adecuada el derecho a la salud y, por tanto, la equidad en salud (D' Elia, De Negri, Huggins Castañeda, Vega & Bazó, 2003; Vega & Carrillo, 2006).

A través de la APIS, la Estrategia Promocional de la Calidad de Vida y de Salud, EPCVS, debería tener expresiones individuales, colectivas, institucionales, subjetivas y ambientales, y debería expresarse en ejes poblacionales por ciclo de vida, de desarrollo de autonomía, transversales de equidad y por organización de la respuesta. La autonomía, desde una perspectiva de desarrollo humano, se entiende como la capacidad de una persona para desarrollar poder sobre sí misma y, en caso de los grupos y colectividades, la capacidad desarrollada a través de medios materiales y no materiales para realizar acciones que permitan convertir en actos sus deseos y que les proporcionen un tipo de vida que puedan valorar. Las acciones que se fomentan van desde aquellas que permiten autonomía

funcional hasta el ejercicio de la participación en la toma de decisiones respecto de los asuntos que les compete interpretar para incidir sobre la realidad y dominarla. Por ende, la EPCVS propende tanto por la promoción de la autonomía como por su restitución cuando ésta es afectada. La promoción de la autonomía significa potenciar la emancipación de los individuos como sujetos con derechos, de tal manera que éstos puedan acceder a las garantías consignadas en la Constitución Política, las Leyes y convenios entre naciones, para el mantenimiento y fortalecimiento de la autonomía funcional, social y política. La recuperación y restitución de la autonomía, por otra parte, se refiere a las acciones para atender las consecuencias de los problemas de salud con una perspectiva integral de los mismos –en la que median factores tanto biológicos y psicológicos, como sociales–. A este nivel, la acción debe proyectarse a la coordinación con el conjunto de sectores de la sociedad, así como con los propios afectados, generando acciones conjuntas y redes sociales mancomunadas.

La preservación y desarrollo de la autonomía en la Secretaría Distrital de Salud se ha entendido como la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades a nivel individual y colectivo; su correlato en lo individual es la autonomía funcional del organismo frente a la enfermedad o la discapacidad, y en lo social es la independencia frente a la subyugación económica o política de los individuos y grupos sociales mediante el empoderamiento, la participación y la práctica de la libertad. En el plano colectivo el tema planteado es el de la superación de las desigualdades sociales en salud por clases sociales, territorios, género y etnia mediante la práctica de un enfoque de equidad en el diseño de las intervenciones y en la redistribución y asignación de los recursos. En el terreno de las respuestas y prácticas institucionales, lo que se ha buscado es la superación de la segmentación, falta de transparencia y autoritarismo de las acciones del Estado mediante el desarrollo de la acción transectorial –un caso especial, altamente desarrollado, de la acción intersectorial por la salud– (Public Health Agency of Canada, 2007), la integralidad y la democracia de las mismas. En el nivel subjetivo de las personas se ha buscado desarrollar los imaginarios sociales y, a nivel ambiental, la sostenibilidad de las acciones.

La materialización de esos valores y principios requerían de un ordenamiento e integración de todos los procesos de respuesta –sectoriales, transectoriales e institucionales; sociales y comunitarios; curativos, preventivos, educativos, protectores y de rehabilitación; individuales y

colectivos– para reorientarlos hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y comunidades y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía mediante la realización de sus proyectos de vida. Esto implicaría identificar las necesidades socioeconómicas, sociodemográficas y culturales de las personas y de la población en los territorios, detectar las deficiencias y las inequidades que se debían superar más allá de las demandas individuales de atención y posibilitar una respuesta integral, institucional y social.

En términos operativos los principios filosóficos de la EPCVS (SDS, 2006) determinan que se fomenten como acciones centrales la construcción de democracia dirigida a la garantía de los derechos sociales y la intersectorialidad para el logro de respuestas integrales ante las problemáticas sociales. Esto implica centrarse en procesos amplios de participación social y ciudadana que abran las puertas para que los grupos organizados y los mismos ciudadanos y ciudadanas puedan expresar, dialogar y tomar decisiones efectivas en el logro del máximo bienestar en términos de calidad de vida y salud. La ejecución de esas acciones implica la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables que garanticen la dignidad humana. Estos planteamientos se traducen operativamente en un énfasis en desarrollar abogacía política, que parte de la lectura integral y participativa de necesidades que sustenten el análisis de situación de salud, la definición de agendas sociales, el ajuste o desarrollo específico de políticas públicas distritales y el fomento de redes sociales promotoras de la calidad de vida y salud, que se constituyen los pilares de la estructuración y planificación de la construcción conjunta de políticas y la gestión pública para la salud.

Además de las fuentes teórico-conceptuales y normativas mencionadas anteriormente, también se revisaron y discutieron enseñanzas de las experiencias históricas de aplicación de la APS en países como Brasil, Costa Rica y Chile que aportaron, con sus diferentes perspectivas y modelos, a la formulación e implementación de la APS en Bogotá. Brasil y Costa Rica tienen largas trayectorias de implementación de modalidades similares de enfoques integrales de APS en América Latina, en el marco de sistemas de salud universales (CONASS, 2004 y Ministerio de Salud Costa Rica, 2005). De estas experiencias se examinó y retomó el enfoque familiar y comunitario de la estrategia y la territorialización de la

atención en áreas geográficas pequeñas (micro territorios) no cubiertas, donde actuarían equipos básicos de atención integral en salud, resolviendo los problemas de una población adscrita de aproximadamente mil a dos mil familias. Esos equipos servirían de puerta de entrada al sistema de salud y trabajarían con un enfoque multidisciplinario y orientado al logro de resultados sanitarios.

El modelo chileno de Atención Primaria de Salud, a diferencia del desarrollado en Brasil y Costa Rica, se organiza en las zonas urbanas a través de Centros de Salud Familiar, CESFAM, concentrando varios equipos de salud que operan en un área territorial donde se asientan aproximadamente veinte mil personas. Esta experiencia se usaría como estrategia para la transformación de la estructura física y organizacional, de los procesos y de las prácticas, de las unidades tradicionales de primer nivel de atención de la ciudad –UPAs, CAMIs y UBAs– en la medida en que los CESFAM habían acumulado una larga trayectoria de trabajo en equipo y multidisciplinario, de mejoramiento de la accesibilidad, de sectorización de la atención a través de población a cargo y por ámbitos, de puerta de entrada de lo electivo al sistema, con enormes fortalezas en lo biopsicosocial, mejor capacidad resolutiva que los centros tradicionales y compromiso con los resultados sanitarios (Montenegro, 2007; Téllez, 2006).



De esta forma, la APIS en Bogotá debía operar combinando equipos básicos de salud por micro territorios no cubiertos y Centros de Salud tipo CESFAM en áreas territoriales más extensas donde preexistían servicios de primer nivel de atención. El enfoque familiar y comunitario de estas experiencias, además de facilitar la atención integral centrada en las personas, las familias y las comunidades, debía permitir un ágil despliegue organizacional de la APS en los territorios no cubiertos por los servicios de salud y mejorar la calidad del desempeño de la APIS en los centros de salud tradicionales de la ciudad mediante la calificación del logro de sus atributos, lo había planteado Starfield (Starfield, 2001).

En el año 2006 el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud en desarrollo para Bogotá fue influido por la discusión sobre la renovación de la APS (PAHO/WHO, 2007), que impulsó la OPS/OMS con motivo de la celebración de los 25 años de la declaración de Alma-Ata (OPS/OMS, 2003) y de la reunión de Montevideo (OPS/OMS, 2005). El debate se promovió en la ciudad y en el país con motivo del Encuentro Nacional de Atención Primaria de Salud convocado por la Secretaría Distrital de Salud y la OPS (Vega Romero, 2005). Como se sabe, la propuesta de renovación de la APS promovida por la OPS abogó por el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la acción intersectorial por la salud, la participación social y comunitaria, entre otros, por la necesidad de abordarlos desde los determinantes de la salud, incluyendo las dimensiones sociales, económicas, políticas y ambientales de éstos y por fundamentar la construcción de los sistemas de salud en la APS. Los principales elementos conceptuales apropiados a partir de esta discusión por el equipo coordinador encargado de la operación de la APS en Bogotá fueron los siguientes (SDS, 2006):

1. Re-organización de las instituciones con base en la *identificación de las necesidades* de la comunidad, especialmente de sus poblaciones más vulnerables.
2. Organización de la operación de la APS por territorios, privilegiando los más vulnerables.
3. Gestión desde los espacios de *vida cotidiana* de las comunidades –los ámbitos–: la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo.
4. Organización de *respuestas colectivas* a las necesidades desde una perspectiva de gestión social integral promovida por y con la participación de las instituciones del eje social, entre ellas el sector salud, educación, de integración social, vivienda y ambiente, entre otros.

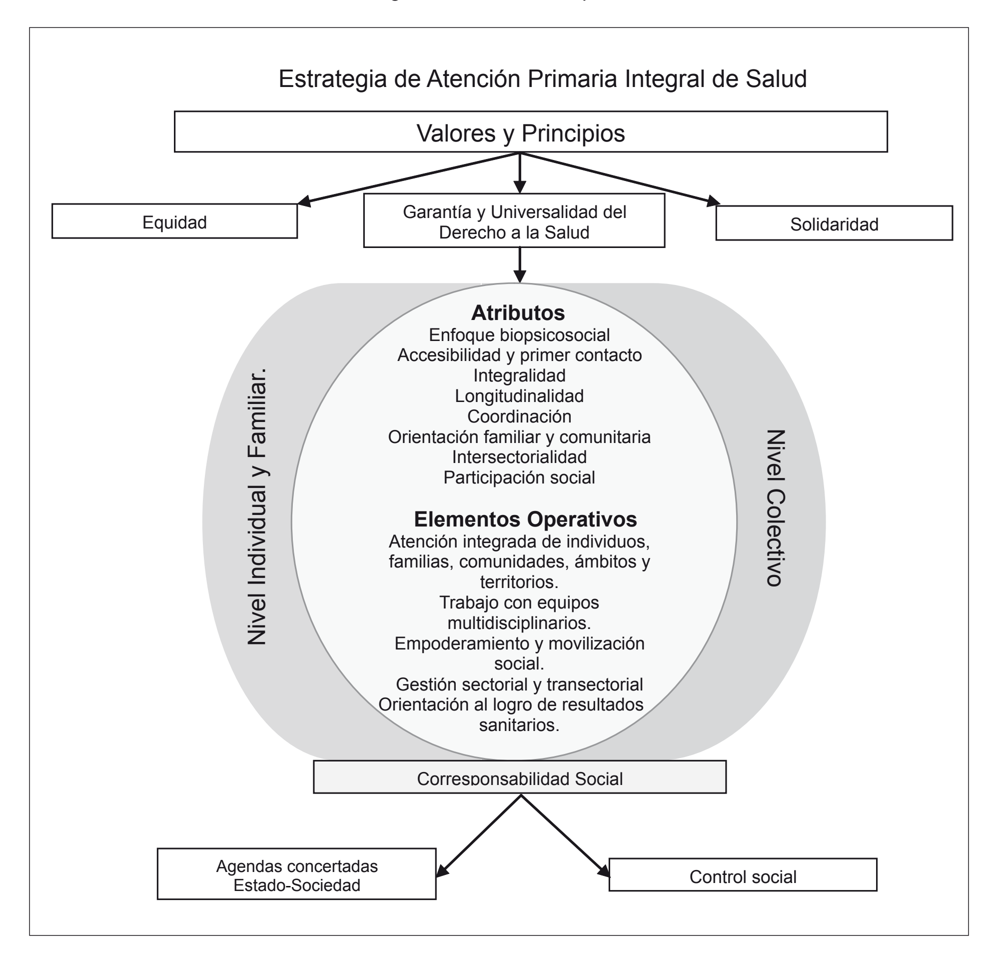
5. Promoción de la *participación social*, reconociendo a la comunidad como poseedora de derechos y creación de espacios de organización y movilización social para la exigibilidad de tales derechos.

Se asumió que el esquema de la APS seguiría siendo integral y que, en consonancia, el Distrito seguiría manteniendo como objetivos principales de su política de salud: mejorar la cobertura y equidad en el acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales –educación, alimentación segura y nutritiva, bienestar social, vivienda, saneamiento básico, agua potable–; fortalecer la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento y participación comunitaria con el fin de actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud; mejorar la calidad de vida y reducir las inequidades en los resultados de salud de la población (Vega & Carrillo, 2006; SDS; 2004).

En últimas, como puede observarse en la Figura No. 1, el enfoque de APIS que resultó se fundamentó en los valores y principios de derecho universal a la salud, equidad, solidaridad y corresponsabilidad social, entendida esta última como la concertación de las agendas y decisiones entre el Estado y la sociedad y el control social. Se sustentó en los atributos de enfoque biopsicosocial, accesibilidad y primer contacto, integralidad, longitudinalidad o vínculo, coordinación, orientación social familiar y comunitaria e intersectorialidad y participación social. Así como en los elementos operativos de atención integrada de individuos, familias y comunidades por ámbitos y territorios, trabajo con equipos multidisciplinarios, empoderamiento y movilización social, gestión sectorial y transectorial y orientación al logro de resultados en salud

Con la implementación simultánea de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud y la Estrategia Promocional de Calidad de vida y Salud (De Negri 2004, 2006), en el año 2004, apareció posteriormente una tensión conceptual y práctica entre los equipos de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud encargados de poner en operación ambas estrategias, tensión que se extendió a los operadores directos, los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de cada una de las localidades. Esa tensión no ha posibilitado que se articulen como una sola estrategia los elementos de ambas iniciativas, generando confusión y paralelismo de acciones en los servicios y en los territorios. A pesar de que conceptualmente las dos estrategias comparten los principios filosóficos y conceptuales, el alcance de la capacidad de la APS para lograr la

Figura No. 1. Modelo Conceptual



integralidad desde el sector salud ha sido relegado, especialmente en lo que se refiere a la integración de las acciones individuales y colectivas de los servicios, la acción intersectorial y la participación comunitaria, que han sido infundadamente identificadas como propias de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, desconociendo de esta forma las definiciones, valores, principios y elementos desarrollados por la APS desde la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, esa tensión parece ser artificial y estar en vías de superación en la medida en que generalmente ambos enfoques comparten valores, principios y elementos operativos similares y son complementarios en las acciones sectoriales y transectoriales que promueven.

Referencias

Alcaldía mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (2004). *Salud a su hogar. Un modelo de Atención Primaria de Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

_____. (2004). *La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*.

_____. (2006). *La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud*, cuadernillo de la colección La Ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Grupo Guillermo Ferguson, Hospital de Suba.

Artunduaga & Klokoch, J. C. (2007). "Salud a su hogar y la Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007", en Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Salud, Grupo operativo APS, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007*.

CDESC, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General No. 14*, 22 período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, tema 3 del programa. Recuperado el 16 de noviembre de 2008, en www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/8e9c603f486cdf83802566f8003870e7/c25222ddae3cbdbbc1256966002ef970?OpenDocument#1

CONASS, Consejo Nacional de Secretarios de Salud. (2004). *Atención Primaria-Seminario de CONASS para la construcción de consensos*, primera edición, Brasilia, CONASS.

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística/DAPD, Departamento Administrativo de Planeación Distrital. (s.f). *Encuesta de Calidad de Vida 2003*, Bogotá y localidades.

D´elia, De Negri, F. A. *et ál.* (2003). *Estrategia promocional de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde la perspectiva del derecho y la equidad*, Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana, GTZ.

De Negri Filho, A. (2004). "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas" en Girotti Sperandio, A. M. (Ed.). *O Proceso de construção da rede de*

municipios potencialmente saudáveis, Campinas-São Paulo IPES, Unicamp, OPS/OMS.

_____. (2006). *Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2005, Investigaciones en seguridad social y salud*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

De Negri, A. & Molina, N. (2006). *El reto de la salud pública hoy*. (En prensa). Bogotá, Universidad del Rosario.

Osorio, E. (2004). *El análisis factorial y un intento para la construcción de un índice de vulnerabilidad en salud en Bogotá.*

Giovanella, L. & Magalhães de Mendoza, M. H. (2008). "Atenção Primária á Salud", en Giovanella, L., Escorel, S., de Vasconcelos Costa Lobato, L., de Noronha, J. C. & de Carvalho, A. I. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz y CEBES, pp. 575-625.

Ministerio de Salud Costa Rica/Caja Costarricense de Seguro Social/OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma-Ata.* San José, Costa Rica.

Montenegro, H., Girard, J., Duarte, D., Oyarzún, R. (2007). *Análisis de las políticas públicas de Atención Primaria de Salud en Chile*, informe final, OPS. Recuperado el 24 de febrero de 2007 en http://pwrchi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=252

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie salud para Todos No. 1, Ginebra.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2003). *A 25 años de la Conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema Salud para Todos?* Washington D.C., comunicado de prensa, 28 de agosto de 2003. Recuperado en www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps030828.htm.

_____. (2005). *Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*, Washington D. C., borrador para discusión,

versión en español 5 de mayo de 2005, original en inglés 31 de marzo de 2005.

_____. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas, A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*.

Public Health Agency of Canada. (2007). *Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*, prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organisation's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, EQUINET.

Secretaría Distrital de Salud. (2006). *Documento marco APS*, documento de trabajo institucional, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Starfield, B. (1992). *Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy*, New York, Oxford University Press.

_____. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, primera edición, Barcelona, Masson.

Téllez, A. (2006). *Atención Primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*, Chile, Boletín de la Dirección de Asuntos Públicos, Pontifica Universidad Católica de Chile, año 1, No. 2.

Vega, R. (2005). *El encuentro nacional de APS traza caminos de cambio*, borrador, Bogotá.

Vega, R. & Carrillo, J. (2006). "APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso de Salud a su Hogar en Bogotá", *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 11.

Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A. & Restrepo Vélez, M. O. (2008). "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de Atención Primaria Integral de Salud", en *Revista Medicina Social,* 3 (2), pp. 148-169. Recuperado el 16 de noviembre de 2008 en: http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/207/412



Cambios en la gestión de prestación de servicios de salud y modelo de contratación e interventoría en la experiencia de la APIS

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

La prestación de los servicios de salud individuales y colectivos a la población pobre bajo la responsabilidad del Distrito se realiza a través de una red de hospitales públicos de distintos niveles de complejidad adscritos a la SDS, los cuales fueron convertidos por la Ley 100 de 1993 en Empresas Sociales del Estado, ESE, instituciones autónomas administrativa y jurídicamente que deben autofinanciarse y subsistir en un marco de competencia general con otros prestadores de servicios de salud.

La política de prestación de servicios venía siendo implementada desde septiembre del año 2000 y su principal objetivo había sido fortalecer la organización administrativa y financiera de las ESE mediante la generación de economías de escala a través de la fusión de varias de ellas y de la creación de sub-redes que debían ayudar a optimizar la eficiencia y rentabilidad de su funcionamiento (Dirección de Desarrollo de Servicios, 2000). Se establecieron cuatro subredes según niveles de complejidad de los hospitales y áreas de la ciudad: norte, sur occidente, centro oriente y sur (ver Tabla No. 1), que en total cuentan con 24 ESEs: cuatro de III nivel de atención, ocho de II nivel de atención y doce de I nivel de atención así:

Tabla No 1. Hospitales por Nivel y Red

Red	Hospitales	Nivel
Norte	Hospitales Chapinero y Usaquén	I
	Hospital de Engativa* y Suba*	II
	Hospital Simón Bolívar	III
Sur occidente	Hospitales Pablo VI Bosa y del Sur	I
	Hospitales Bosa y Fontibón*	II
	Hospital Kennedy	III
Centro oriente	Hospital San Cristóbal	I
	Hospitales San Blas y Centro Oriente*	II
	Hospital Santa Clara	III
Sur	Hospitales Nazareth, Usme, Rafael Uribe y Vista Hermosa	I
	Hospitales Meissen y Tunjuelito*	II
	Hospital El Tunal	III

*Hospitales de I y II nivel fusionados. Fuente. Universidad Nacional de Colombia. Diagnóstico Sectorial de Salud de Bogotá, Libro Primero. Diciembre de 2005.

Con la puesta en marcha de la APIS en el año 2004 se debió alinear la política de prestación de servicios con los valores, principios y elementos conceptuales de esta estrategia en términos de mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, la integralidad, continuidad y coordinación de la atención, haciendo énfasis en los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la orientación familiar y comunitaria de la atención, de la promoción de la acción intersectorial por la salud y de la participación social. La introducción de la APIS en la política de salud de la ciudad exigía un cambio no sólo en el enfoque de redes y en el desempeño de las ESE sino en el contenido de conjunto de la política de prestación de servicios, el cual debió ser asumido por cada una de las instituciones y por la Secretaría Distrital de Salud.

Dado el marco restrictivo establecido por la Ley 100 de 1993, la prestación de los servicios individuales de salud se venía realizando según la relación de afiliación que las personas tuviesen con los aseguradores y de acuerdo con los contratos de éstos con los prestadores del SGSSS, pero la implementación de la APIS comenzó a cambiar la forma de prestar

servicios a la población no asegurada y subsidiada bajo el influjo de las cláusulas incluidas en los contratos de prestación de servicios entre las ESE con el Fondo Financiero Distrital/Secretaría Distrital de Salud y las Aseguradoras del Régimen Subsidiado. A través de esas cláusulas contractuales se acordó identificar las necesidades de la población incluida en los contratos, adscribir las familias a los equipos de salud por territorios, garantizar sitios de atención en las localidades donde habitan las personas y canalizar a las personas del régimen contributivo y subsidiado cuya atención no había sido contratada con las ESE a los puntos de atención de las respectivas empresas aseguradoras.

La introducción de la APIS permitió responder a las demandas de las comunidades marginadas de algunas localidades con la reapertura de puntos de atención que habían sido cerrados y con la apertura de nuevos; la readecuación y transformación de la planta física de algunos servicios; el aumento del número de profesionales, técnicos, auxiliares y promotores de salud y la introducción del mecanismo de visitas domiciliarias. Los Centro de Atención Primaria de Salud, CAPS, fueron creados en tres modalidades: 1) institucionales, ubicados en las UPAs, UBAs y CAMIs; 2) centros de atención adecuados en salones comunales en concertación con los líderes y organizaciones comunitarias y 3) centros de atención que debieron ser ubicados en los colegios en coordinación con los maestros, estudiantes y familiares.



Los equipos de atención extra e intramurales que trabajan en Salud a su Hogar se ubicaron en las UBA y UPA de los hospitales de primer nivel y fusionados. Éstos a su vez se articularon con los CAMI en los que se encuentran servicios de urgencias y algunos servicios especializados que apoyan el trabajo del primer nivel de atención.

Con el inicio de la operación de la estrategia, la SDS y las ESE adscritas realizaron una serie de acciones tendientes a reorientar su gestión hacia el nuevo modelo de atención basado en APS. Se buscó fortalecer la capacidad de gestión de las ESE incorporando la APIS en la política institucional y en la plataforma estratégica de cada una de ellas, así como en los planes de desarrollo local. De igual manera, durante el período 2004-2006 las ESE introdujeron modificaciones organizacionales en su forma de operar, como la adecuación de sus agendas de atención, la oportunidad en la asignación de citas y la extensión en horas y días de las jornadas de trabajo de algunos centros de atención con el fin de disminuir las barreras administrativas para el acceso a la atención.

Para el reordenamiento de los procesos de prestación de servicios y la apertura de nuevos puntos de atención, se verificó la vulnerabilidad de la población de cada uno de los micro territorios y la cercanía de ésta a los puntos de atención de las ESEs. Teniendo en cuenta el mapa de oferta de servicios disponibles y habilitados, y la carencia de los mismos, se comenzó a ubicar equipos de atención de SASH en los territorios no cubiertos, lo cual permitió a la población mejorar el acceso a los diferentes servicios ofrecidos por las ESEs. De otra parte, para mejorar los procesos de demanda inducida promovidos por las actividades de promoción y prevención de la Resolución 412, algunas ESE empezaron a manejar la agenda de citas desde los micro territorios de tal forma que el gestor de SASH, en el momento del seguimiento a la familia, pudiera asignar las citas para las consultas. De igual manera, cada ESE dispuso de un equipo de personal de salud que podía incluir médicos y enfermeras con dedicación de tiempo completo para atender la demanda inducida realizada desde los micro territorios donde comenzó a operar SASH.

Muchos de los puntos de atención, sobre todo aquellos ubicados en las UPAs y UBAs, ampliaron sus jornadas de atención y extendieron los horarios a las noches y fines de semana. En algunas ESE como San Cristóbal y Hospital del Sur, se crearon filas preferenciales para la asignación de citas a pacientes remitidos por la demanda inducida del programa SASH.

También las ESE de Suba, Rafael Uribe Uribe, Fontibón y Chapinero pusieron a disposición las UBAs móviles para cubrir la población de las zonas de difícil acceso geográfico y, en la zona rural, particularmente en las localidades del Sumapaz y Usme, se puso en funcionamiento la Ruta de Salud Interveredal, conectada con la Subred de hospitales del sur y el servicio de telemedicina. De igual manera, la mayoría de las ESE dispuso una central de asignación de citas telefónicas. En la localidad de Ciudad Bolívar el Hospital Vista Hermosa y la Secretaría Distrital de Salud acordaron con la comunidad de los barrios Mochuelo Alto y Bajo que un médico fuese a vivir en el área de trabajo, dispusiera de vehículo de transporte de pacientes y de medicamentos suficientes para atender las necesidades de la comunidad, además de promover acciones de saneamiento básico y ambientales para enfrentar los desafíos para la salud del botadero de basuras Doña Juana, el mayor de la ciudad.

Durante el reordenamiento de la prestación de servicios a partir de la implementación de la estrategia APIS, surgió un nuevo concepto de redes, el de APS-REDES, entendido como el mecanismo de articulación de los diferentes actores involucrados en la prestación de los servicios de salud individuales en los diferentes niveles de complejidad y de los sectores y actores que afectan los determinantes de la salud colectivos, para lograr soluciones integrales a las necesidades de salud de las personas y de la población, basados en relaciones de confianza, solidaridad, apoyo y cooperación. En aras de integrar los diferentes planes de beneficios del SGSSS y para asegurar la integralidad en las intervenciones, se planeó articular las acciones del –PAB– con las de APS y APS–REDES, promoviendo la participación social y la de otros sectores del Gobierno en procura de garantizar la obligación del Estado con el derecho a la salud, la corresponsabilidad de la sociedad y la acción intersectorial en la construcción y ejecución de políticas públicas saludables. Sin embargo, este concepto y los procesos correspondientes de aplicación, no habían podido ser llevados a la práctica de forma adecuada debido a limitaciones y dificultades técnicas y administrativas propias de la lógica de mercado del SGSSS.

Durante el desarrollo de la estrategia, las Direcciones de Aseguramiento, Desarrollo de Servicios de Salud y Salud Pública de la SDS, definieron nuevos lineamientos para la contratación de los servicios individuales y colectivos con las veintidós ESE adscritas a la SDS –matriz de programación por ciclo vital para el desarrollo de la APIS–; la Dirección de Aseguramiento desarrolló un nuevo esquema de contratación con catorce

EPSs del Régimen subsidiado del SGSSS con compromisos para avanzar en la implementación de la APIS por parte de las ARS; la Dirección de Salud Pública financió y reguló la caracterización de la población por territorios por parte de los equipos de SASH, introdujo los equipos de gestión por ámbitos y fueron ajustadas las reglas de interventoría para adaptarlas a las exigencias de la APIS.

Modelo de contratación e interventoría para el nuevo modelo de APIS

Ajustándose al nuevo modelo de atención propuesto por la APIS y orientándose hacia la operación y el logro de la mayor articulación posible de la estrategia en el marco del SGSSS, la Secretaría Distrital de Salud avanzó en definir algunos lineamientos de política que orientaron la inclusión de los atributos de la APS –accesibilidad, integralidad, continuidad, intersectorialidad/transectorialidad– en el contenido de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios e interventoría en función de exigir a los contratantes el cumplimiento de los mismos.

Los lineamientos técnicos de los contratos tanto para las EPS del régimen subsidiado como para las ESE y el Fondo Financiero Distrital fueron ajustados incluyendo como mínimos no negociables el desarrollo formal y operativo de los atributos de la APIS. Así mismo, se desarrolló un plan de trabajo conjunto para la definición de los paquetes de atención de gestantes



como parte de la política de la red materno perinatal en busca de la integralidad y la accesibilidad, principios rectores de la APS.

Para el proceso de interventoría también se establecieron puntos de control importantes sobre el cumplimiento de los principios y atributos de la APIS con el fin de orientar la función de las firmas interventoras que hacen la auditoría de los contratos de prestación de servicios. El control de la interventora se realiza con especial atención al cumplimiento de los siguientes aspectos:

1. Accesibilidad a la atención: definida como la facilidad para recibir los servicios de salud cuando la población los necesita.

   La interventoría debe constatar, a través de los registros de adscripción elaborados por las ESEs, que los individuos y familias caracterizadas desde la oferta se les haya asignado un punto de atención cercano a su residencia para lo cual las ESE deberán disponer de una base de datos de adscripción de familias que permita verificar su georreferenciación y los puntos de atención. La interventora debe presentar informes trimestrales por hospital, por Subred y por Distrito –verificando la totalidad de los puntos de atención–. Las variables del informe son las siguientes:

   - Número de orden de ficha.
   - Dirección de residencia de la familia.
   - Localidad de residencia de la familia.
   - Dirección del punto de atención asignado.
   - Localidad del punto de atención asignado.
   - Análisis, conclusiones y recomendaciones de las condiciones abajo descritas.

   Además, se audita el cumplimiento de las siguientes condiciones básicas para el acceso:

   - Los horarios, franjas de atención y agendas que deben garantizar respuesta efectiva a las necesidades y posibilidades de los usuarios –no se deben cerrar agendas y deben establecerse horarios extendidos entre semana y fines de semana para facilitar el acceso a toda la población–, lo cual incluye tanto la asignación de la citas como la oportuna prestación del servicio.

- Verificar mediante revisión de actas o informes de reunión que efectivamente existen y funcionan espacios de coordinación y trabajo entre los equipos extra e intramurales del Complejo de Atención Primaria, por ámbitos, ESE de I nivel y de las fusionadas que tengan puntos de atención de primer nivel. Además, se debe corroborar la realización de agendas de trabajo conjuntas y su cumplimiento, el reporte de la canalización efectiva realizada desde los territorios y desde los puntos de atención a otros niveles de atención –II y III nivel– de la red adscrita y no adscrita, llevando los registros correspondientes.

2. Integralidad en la atención: se debe verificar que los servicios prestados por las ESE se brinden según la condición de salud del usuario e incluyan las acciones e intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según necesidad y de acuerdo con el nivel de complejidad de la ESE y de la pertinencia técnico-científica.

   Como mínimo se debe verificar, en relación con la integralidad, los siguientes aspectos: control prenatal, crecimiento y desarrollo, citologías. Para ello, las Empresas Sociales del Estado deberán entregar información registrada en la ficha de caracterización, de manera especial lo relacionado con el plan de intervenciones a realizar en los individuos y sus familias, las cuales deben cotejarse con una muestra aleatoria y significativa de lo registrado en la historia clínica correspondiente. Además, revisar de manera aleatoria y significativa la información sobre seguimiento a las intervenciones programadas.

3. Continuidad: la Interventoría verificará que las ESE garanticen un proceso continuo de atención en el tiempo hasta la resolución satisfactoria de la problemática de salud del paciente, de forma oportuna de acuerdo con los indicadores de referencia y contrarreferencia. Además deberá verificar, en el caso de que existan convenios interadministrativos para prestación de servicios en red, que lo dispuesto en ellos efectivamente se cumpla.

4. Transectorialidad: se debe verificar el trabajo que se puede adelantar entre los diferentes sectores que aportan a la construcción de una salud integral –las secretarías de integración social, de hábitat, educación– que se desarrolla en espacios sociales y ámbitos saludables

como el hogar, la escuela, el trabajo y el espacio público. La interventora debe realizar auditoría aleatoria y significativa a las actas o remisiones que realice la ESE.

A pesar de los ajustes realizados al modelo de contratación e interventoría, aún no se ha logrado un avance significativo en lo relacionado con la medición del impacto en costos, calidad, productos y sostenibilidad financiera que pudieran generar los incentivos de las formas de pago que utilizan el Fondo Financiero Distrital –Pago Fijo Global Prospectivo por Actividad Final– y las aseguradoras del régimen subsidiado –capitación, eventos– en sus contratos con las ESE.

Reorientación de la política de prestación de servicios de acuerdo con el desarrollo de la APIS

Los cambios que se venían produciendo en la práctica con la implementación de Salud a su Hogar en los territorios de intervención estimularon la necesidad de reformular el trabajo de conjunto de la red de prestación de servicios de salud y de elaborar una nueva política que diera cuenta de las necesidades de prestación de servicios en el marco de la APIS y de la estrategia promocional de la calidad de vida y la salud, haciendo de la persona, la familia y la población el centro de la atención y no la enfermedad. A comienzos del año 2007 la SDS decidió formular una nueva propuesta de política de prestación de servicios fundamentada en la filosofía y énfasis de la política de salud formulada por el Distrito.

La nueva política busca solucionar, en el marco de las competencias distritales, problemas prioritarios reconocidos y legitimados en el proceso de formulación de la misma, entre los cuales destacan, por su pertinencia y relación con la APIS, los siguientes: la persistencia de un modelo de atención curativo y centrado en la enfermedad individual que no reconoce suficientemente la transición epidemiológica y demográfica producida en la población de la ciudad; los problemas de accesibilidad, capacidad de resolución e integralidad de los servicios; la insuficiencia, precariedad y distribución inequitativa de los equipamientos y recursos de salud disponibles; la organización en red de la prestación de servicios con un enfoque reorientado a las nuevas exigencias; la inadecuada articulación de los sectores público y privado de aseguramiento y prestación de servicios en

función de la estrategia; resolver los problemas de capacidad de gestión institucional y social de las ESE en función del nuevo marco de política.

Los objetivos de la política de prestación de servicios definidos son los siguientes:

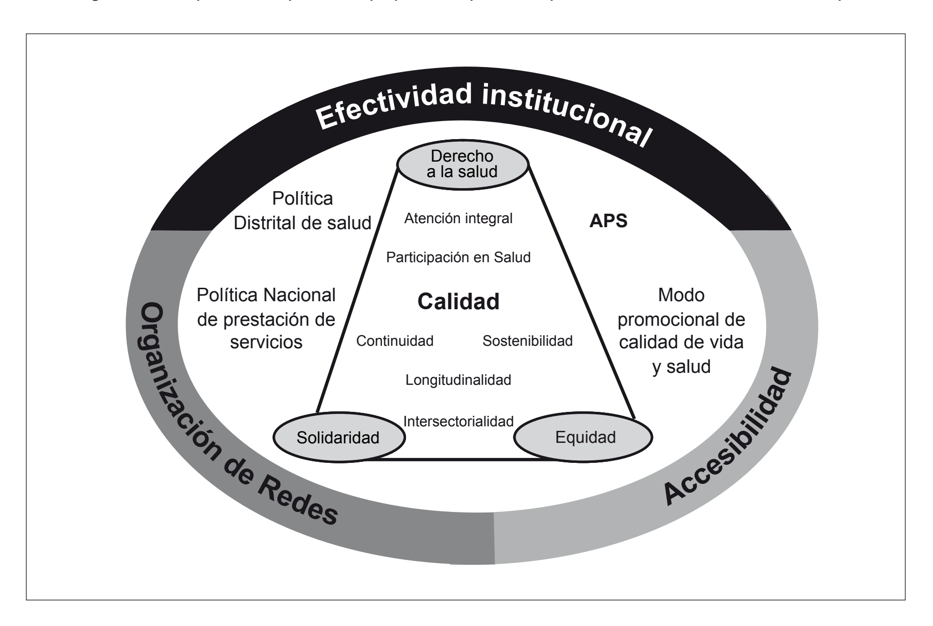
- Objetivo general: Orientar y armonizar la prestación de servicios de salud acorde a las necesidades de la población en el Distrito Capital, para avanzar en la garantía del derecho a la salud y aportar en la mejora del estado de salud de las personas, enmarcado en la estrategia promocional de calidad de vida y salud y la Atención Primaria de Salud.

- Objetivos específicos: Superar barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud en la ciudad. Prestar servicios de salud en el marco de la estrategia de APS a través de servicios orientados hacia la calidad, integralidad, longitudinalidad y sostenibilidad para dar respuesta colectiva e individual a las necesidades de salud de la población. Consolidar en redes intrasectoriales la prestación de los servicios de salud. Mejorar la efectividad de los prestadores de servicios de salud para dar respuesta integral a las necesidades de salud de la población. Consolidar la participación social en los procesos de control social y rendición de cuentas relacionados con la provisión de los servicios.

Según el documento de formulación –versión diciembre del año 2007–, la política de prestación de servicios asume el enfoque filosófico y conceptual de la APIS y del modo promocional de calidad de vida y salud, con lo que se ha fundamentado en los valores de derecho a la salud, equidad y solidaridad. Ha conservado algunos de los principios y atributos adoptados por la APIS, es decir, accesibilidad, integralidad, continuidad, longitudinalidad, intersectorialidad, calidad, participación social y sostenibilidad. También los diferentes ejes temáticos, estrategias y tácticas que se desprenden de tales objetivos, valores y principios, que organizan y representan las diferentes formas y requisitos de acción de la SDS para dar respuesta desde la provisión de servicios de salud a las necesidades de la población, recogen algunos de los fundamentos del enfoque promocional de calidad de vida y la APS (ver Figura No. 1).

A pesar del intento de alinear la política de prestación de servicios con los valores, principios y atributos de la APIS y de la Estrategia Promocional

Figura No 1. Esquema conceptual de la propuesta de política de prestación de servicios en el marco de aps



de Calidad de Vida y Salud, sin embargo, los métodos y las tácticas de acción de la política parecen haberse quedado cortos frente al marco conceptual y estrategias adoptadas, los objetivos buscados y los valores y principios defendidos. Por ejemplo, a pesar de que la estrategia de APS aparece en ella como un enfoque del modelo de atención, se pierde de vista cómo garantizar su orientación familiar y comunitaria, que es clave en el desarrollo de dicho enfoque de atención. No es claro cómo la política busca resolver los conflictos de integración entre la atención médica personal y la salud colectiva para avanzar en el cumplimiento del principio de integralidad de la respuesta. Tampoco se define cómo resolver el problema de accesibilidad de los prestadores, particularmente en la red de primer nivel de atención, porque no se explicita cómo se reordenarán, reorganizarán y redistribuirán los servicios por localidades y territorios. En particular, la política deja en el vacío la necesidad de transformar la forma tradicional de operar de las UBA, UPA y CAMI en función de los atributos de la APS.

Parece asumirse que el tema de la longitudinalidad, continuidad y coordinación de la atención es simplemente de organización en red de los servicios, a la manera tradicional, cuando requiere de una modificación profunda de la organización de la estructura de la red y de la ubicación y papel de los servicios de atención primaria en la misma, de la contratación

de personal, del desarrollo de las capacidades, habilidades y prácticas del recurso humano para lograrlo. Más allá de las notas de referencia y contrarreferencia, no se observa ningún papel por parte del equipo de APS en el seguimiento del paciente en el sitio al cual ha sido referido y tampoco se percibe que haya trabajo en equipo alrededor de la condición de salud de la persona entre los distintos niveles de complejidad. En ninguna parte se enuncia con claridad cómo logrará esta política incidir en las formas de contratación y de pago entre aseguradores, fondo financiero distrital y proveedores de servicios, ni cómo en la actitud de los pagadores frente a la APIS. Poner la APIS en el centro de la política de prestación de servicios de salud requiere de empoderar en alto grado a los servicios de APS a través otorgarles las competencias necesarias para responsabilizarse por la salud de la población a cargo, el manejo de los recursos financieros necesarios para atenderla y el pago y la coordinación de la prestación en red de los servicios requeridos en cada nivel. En fin, parecen haberse quedado en el tintero temas cruciales sin los cuales será muy difícil alinear la prestación de servicios y el sistema de salud alrededor de la APIS.

Referencias

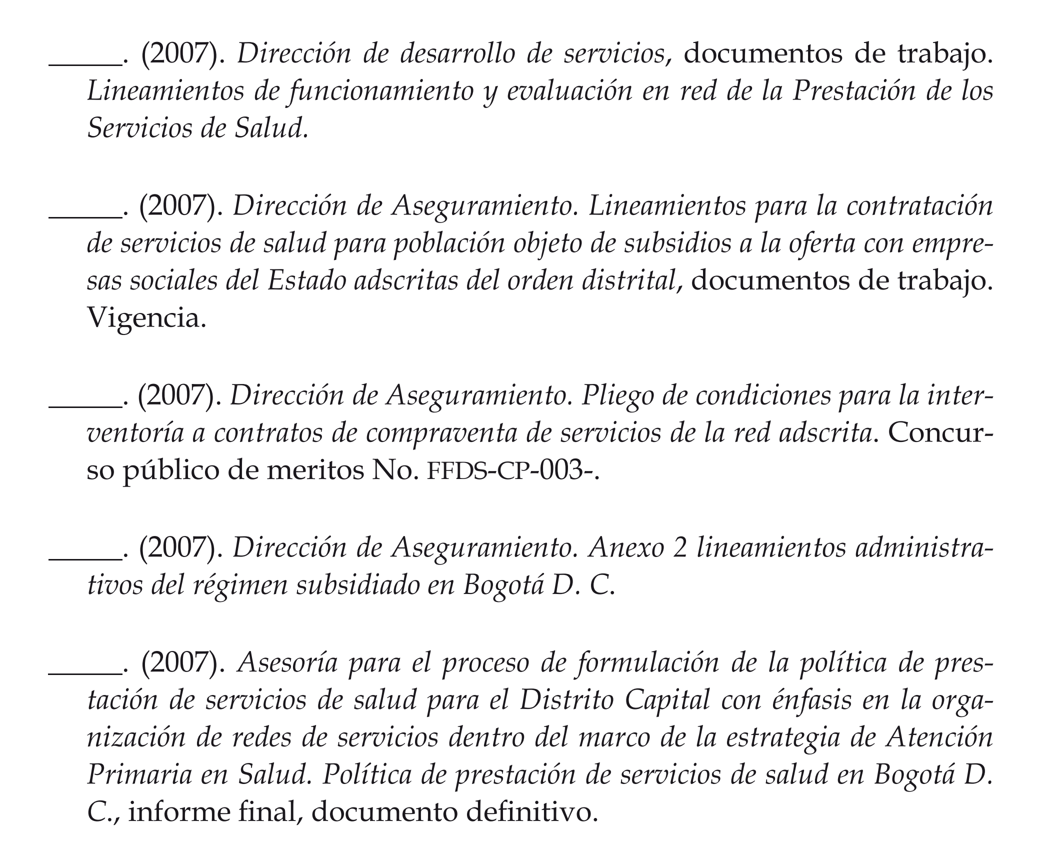
Secretaría Distrital de Salud. (2000). *Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Análisis y Políticas de la Oferta*, Política Pública Distrital para la Oferta de Servicios de Salud.

_____. (2004). *Propuestas para el montaje y funcionamiento de los complejos de Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C.*, documentos de trabajo, Grupo Operativo de APS.

_____. (2006). *Resumen histórico de la experiencia, diseño e implementación de la APS en Bogotá*, Grupo funcional APS.

_____. (2006). *Dirección de desarrollo de servicios. Ruta de la salud*, documento técnico. *Lineamientos de funcionamiento y evaluación en red de la prestación de los servicios de salud*, documentos de trabajo.

_____. (2006). *Dirección de desarrollo de servicios. Organización de los servicios en el marco de la estrategia APS. Constitución de redes de servicios*, documentos de trabajo, propuesta preliminar.



_____. (2007). *Dirección de desarrollo de servicios*, documentos de trabajo. *Lineamientos de funcionamiento y evaluación en red de la Prestación de los Servicios de Salud.*

_____. (2007). *Dirección de Aseguramiento. Lineamientos para la contratación de servicios de salud para población objeto de subsidios a la oferta con empresas sociales del Estado adscritas del orden distrital*, documentos de trabajo. Vigencia.

_____. (2007). *Dirección de Aseguramiento. Pliego de condiciones para la interventoría a contratos de compraventa de servicios de la red adscrita*. Concurso público de meritos No. FFDS-CP-003-.

_____. (2007). *Dirección de Aseguramiento. Anexo 2 lineamientos administrativos del régimen subsidiado en Bogotá D. C.*

_____. (2007). *Asesoría para el proceso de formulación de la política de prestación de servicios de salud para el Distrito Capital con énfasis en la organización de redes de servicios dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Política de prestación de servicios de salud en Bogotá D. C.*, informe final, documento definitivo.

Secretaría Distrital de Salud & Grupo funcional APS. (2004). Documentos de trabajo. Actas reuniones del Equipo de trabajo Convenio. Memorias mesas de trabajo APS.



Modelo operativo de la APIS en Bogotá. Implementación de Salud a su Hogar

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

Del modelo filosófico y conceptual propuesto surgió el modelo operativo y la estrategia de implementación. El presente capítulo y varios subsecuentes se ocupan de describir de manera esquemática los pasos que se siguieron en el Distrito para dar inicio al despliegue y operación de la APS.

El diseño del modelo operativo de la estrategia APIS en Bogotá tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

1. El objetivo del Plan de Desarrollo de Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, DAPD, 2004) de mejorar y hacer más equitativo el estado de salud de la población de la ciudad, que debería alcanzarse mediante la articulación de tres ejes estructurantes de la acción: el eje social, el urbano-regional y el de reconciliación.
2. Las políticas centrales del eje social, del cual hizo parte el sector salud, incluyendo las siguientes: por un lado, avanzar en la construcción de un sistema de protección y seguridad social integral mediante la garantía y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales con énfasis en los niños y niñas y la equidad de género, el derecho a la alimentación, la equidad en el acceso a los servicios sociales, culturales y recreativos y la generación de oportunidades para el trabajo y la generación de ingresos; por el otro, la política de salud de Bogotá en el período 2004-2008, que se orientó a "promover la universalización

progresiva de la atención integral en salud mediante la incorporación selectiva, *con énfasis en poblaciones pobres y vulnerables* y realizar intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y familias para lograr comunidades y hábitat saludables".
3. El contenido valorativo general de la política de salud de la ciudad que orientó "avanzar en la garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en los resultados en salud y en el acceso a los servicios de salud" (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud, 2004).
4. El contenido del modelo filosófico y conceptual de la estrategia APIS, que se estructuró para lograr tales objetivos del Plan de Desarrollo y materializar los objetivos, valores y principios de la política de salud.

Por ello, el proceso de implementación de la APIS en Bogotá inició en los territorios de los estratos 1 y 2, que concentraban la mayor cantidad de población en pobreza según clasificación para el pago de servicios públicos. Para el inicio de la operación de la estrategia se propusieron tres frentes de acción: primero, el de la población con difícil acceso a los centros tradicionales de atención de primer nivel donde debían comenzar a operar los equipos básicos de atención integral; segundo, la población con mejor acceso relativo a los servicios tradicionales de primer nivel de atención cuyas formas organizacionales, prácticas de trabajo y modelo de atención estaban centradas en la enfermedad, por lo que deberían transformarse en el espíritu de las mejores prácticas de la APS Integral de América Latina y del mundo; tercero, los espacios o ámbitos de vida cotidiana de las comunidades, la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil y el centro de trabajo, donde se debería hacer énfasis en el desarrollo de acciones de promoción de la salud (Alcaldía Mayor de Bogotá/ Secretaría Distrital de Salud, 2004).

Dado que la APIS constituiría el eje estratégico para desarrollar un proceso de transformación del sistema de salud y, en particular, del modelo de prestación de los servicios de salud de la ciudad y para la articulación del sector salud con los demás sectores del Gobierno y las comunidades en función del desarrollo de los programas y políticas del Plan de Desarrollo. Debería garantizar un *modelo de atención* biopsicosocial centrado en la persona, la familia y la comunidad, orientado a proteger, mantener y promover la salud de la población con acciones integradas y continuas de cuidado de la persona, de la familia y la comunidad a través

de todo el ciclo vital, mediante la detección precoz de las enfermedades, acción anticipada a la recuperación y rehabilitación del daño, la coordinación y trabajo en red entre las actividades de atención médica individual, salud pública y otros servicios sociales y, finalmente, a través de la acción intersectorial y la participación comunitaria.

También debería servir para promover un *modelo de gestión* que, coherente con los objetivos y valores orientadores del desarrollo social, económico y cultural del Plan de Desarrollo de la ciudad, los de la política social y de salud, y con los valores, principios y elementos de la estrategia, incluyera gestión intersectorial/transectorial y de redes en función del desarrollo de planes y políticas públicas; planificación, programación y ejecución con base en las necesidades y la participación de las comunidades en los territorios y ámbitos de vida cotidiana; seguimiento y evaluación participativa de las actividades y de los resultados de la estrategia y gestión apropiada de los recursos humanos, físicos y financieros.

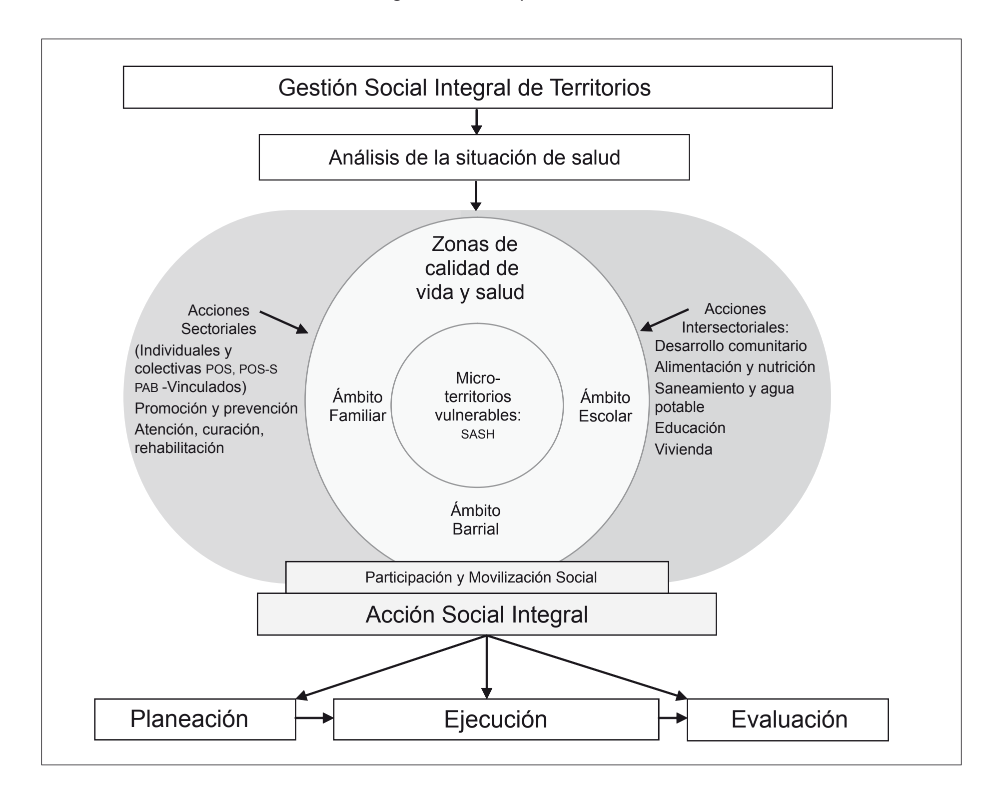
El proceso de implementación de la APIS y de los modelos de atención y de gestión promovidos ha implicado el desarrollo de una serie de acciones que con el transcurso del tiempo se han ido desplegando a través de los siguientes elementos:

1. Implementación del programa Salud a su Hogar, SASH, con base en equipos multidisciplinarios de atención en salud familiar y comunitaria, que inició con la realización de una línea de base por medio de un proceso de caracterización de las familias asignadas y de sus entornos, para la planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de las acciones individuales y colectivas.
2. Cambios en la política de prestación de servicios.
3. Ajuste de los procesos de contratación e interventoría: construcción de matrices de contratación para las acciones dirigidas a la población pobre no asegurada –vinculados– y la construcción de un modelo matemático para contrastar con la pirámide poblacional y orientar la contratación de dichas actividades.
4. Ajuste a los sistemas de información.
5. Construcción de capacidades y desarrollo del recurso humano.
6. Identificación de las fuentes de financiación de la inversión
7. Fortalecimiento de la acción intersectorial por la salud.
8. Promoción de la participación comunitaria.
9. Fortalecimiento del proceso de rectoría.

Por su parte, el modelo de gestión intersectorial/transectorial adoptado en la implementación de la estrategia de APIS denominado Gestión Social Integral del Territorio, buscó articular las acciones clínicas y de salud pública con las acciones de otros sectores del Gobierno y comunitarios operando en las zonas de calidad de vida y salud a dos niveles: uno macro, el distrital y local y otro micro, el de los micro territorios (ver Figura No. 1). En estos niveles se integran las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección precoz, protección específica, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación, de abogacía ante otros sectores y el ejercicio de la rectoría ante los diferentes actores del SGSSS según las necesidades encontradas.

A ese conjunto articulado de intervenciones se le denominó "Acción Social Integral" (ver Figura No. 1), que se entiende como el conjunto de las acciones de coordinación y cooperación realizadas por las diversas instituciones, sectores y comunidades en un determinado territorio social para satisfacer las necesidades de la población.

Figura No. 1. Enfoque de Gestión



A partir de la aprobación del Acuerdo No. 19 (Consejo Distrital, 2004) sobre el "Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2004-2008, *Bogotá sin Indiferencia*" por parte del Concejo de Bogotá, la SDS inició la construcción del primer lineamiento para la operativización de la APIS en su fase inicial mediante el programa Salud a su Hogar, SASH, el cual constituyó la primera iniciativa novedosa desarrollada en el marco de la APIS para cambiar el modelo de atención en salud convencional prevalente.

Salud a su Hogar fue definida como el conjunto de acciones encaminadas a identificar las necesidades sociales en territorios vulnerables, organizar la respuesta sectorial, ejecutar las acciones de manera integral, abogar por la respuesta transectorial y movilizar a los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendieran por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007).

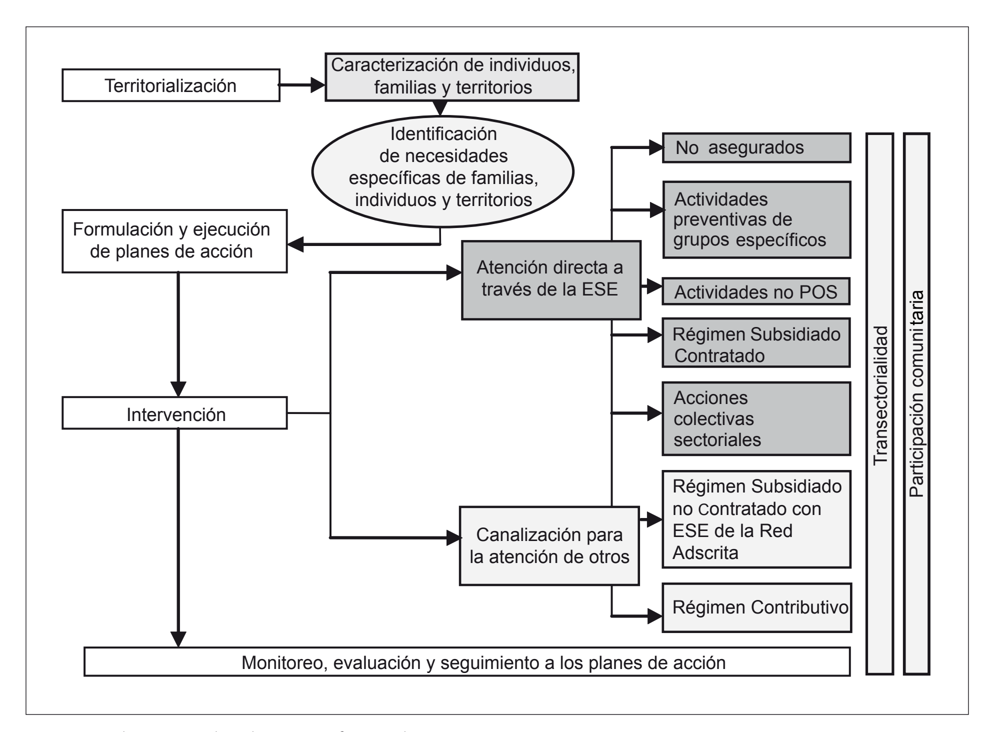
Para la implementación de SASH se organizó desde la SDS un Grupo Técnico funcional con participación de todas las áreas misionales y algunas de apoyo de la entidad para la orientación y coordinación de la operación de la estrategia, la precisión de los pasos del proceso, la definición de los territorios sociales de intervención, la organización de los equipos básicos de atención integral en salud y de los centros de Atención Primaria de Salud, el diseño de instrumentos de recolección de información, la definición de formas de contratación y pago a los prestadores, el modelo de gestión de las intervenciones en los territorios y el papel de rectoría de la autoridad sanitaria distrital frente a distintos actores del sector salud. Este equipo incluyó representantes de las direcciones de Salud Pública, Desarrollo de Servicios, Aseguramiento y Planeación y Sistemas. De igual manera vinculó a funcionarios de los hospitales de la red pública adscrita y realizó un proceso de acompañamiento a la red, orientación y seguimiento permanente en terreno de cada uno de los procesos de implementación de la estrategia.

La operación de SASH determinó los siguientes pasos constituyentes del esquema organizativo de su implementación (ver Figura No. 2):

1. Priorización de los territorios de intervención por condiciones de vida y salud.
2. Movilización social y comunitaria continua.

3. Organización de los equipos de atención en salud familiar y comunitaria.
4. Caracterización de la situación de salud de individuos, familias y entorno social.
5. Adscripción de las familias a los equipos de atención.
6. Definición, concertación y ejecución de planes integrales de acción en APS –SDS, hospitales, aseguradores, familias y comunidad, otros sectores–.
7. Seguimiento y evaluación de los resultados de las intervenciones.

Figura No. 2. Esquema de organización para la implementación de Salud a su Hogar en Bogotá



Fuente: SDS, documento de trabajo grupo funcional APS.

Primera fase de implementación de Salud a su Hogar

En la planeación de la Secretaría Distrital de Salud, SASH se hace claramente visible en el Plan de Atención Básica, PAB, formulado en 2004, el cual hizo énfasis en el proceso de caracterización de territorios. Este

plan incluyó los siguientes aspectos: territorialización, identificación de los territorios, sensibilización de la comunidad, identificación de las necesidades de los individuos, la familia, la vivienda y el entorno a través de la ficha de técnica para la identificación y caracterización de núcleos familiares y entornos (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007).

En 2005 SASH es visible programáticamente en el componente de gestión de salud pública en territorios sociales, el cual incluía tres aspectos: gestión local, gestión de la salud pública en territorios donde opera Salud a su Hogar y gestión de ámbitos (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007).

Durante estos dos primeros años los documentos del PAB y la ficha técnica de SASH incluían la implementación de la estrategia de APS mediante el modelo de atención familiar y comunitaria. A partir del 2006 SASH es incluido como parte del ámbito familiar justificándose en que la familia se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso de salud-enfermedad de todos sus miembros (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007).

El punto de partida del proceso de implementación en la primera fase fue la movilización y concertación social para la identificación y escogencia de los territorios de operación de la estrategia entre la población de los estratos 1 y 2. Este ejercicio se realizó apoyándose en los resultados de los "diagnósticos locales de salud con participación social" que dividieron a las localidades de la ciudad por "zonas de condiciones de vida y salud" y mediante la concertación con las diferentes instituciones del eje social y la comunidad, lo cual dio como resultado la identificación de zonas y micro territorios prioritarios donde inició sus actividades Salud a su Hogar.

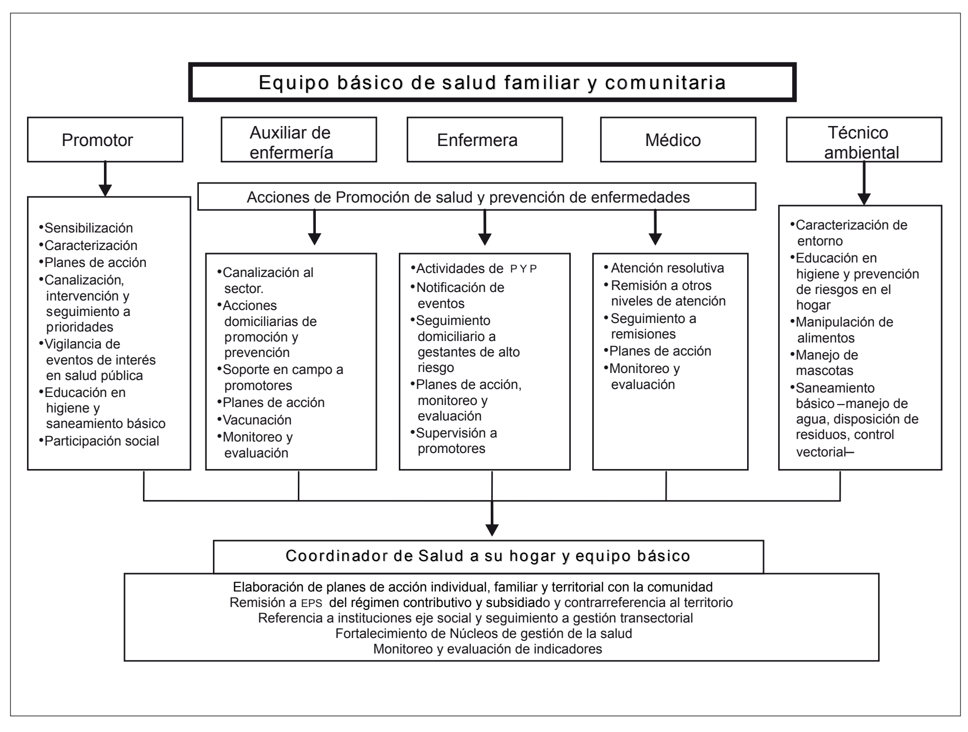
Simultáneamente con la territorialización se comenzaron a organizar y preparar los equipos de atención familiar y comunitaria, que se integraron con mínimo un médico general, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería, un técnico ambiental y tres promotores de salud (ver Figura No. 3).

Cada equipo tenía a su cuidado ochocientas familias, a las que aparte de resolverles las necesidades inmediatas de atención en salud –promoción, prevención, curación y rehabilitación– se les caracterizó con el fin

de identificar y analizar su situación de salud, las condiciones de sus viviendas y del entorno donde habitan, así como otras necesidades sociales (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud, 2004).

El anterior ejercicio se enmarcó dentro del enfoque de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y dio insumos para proponer y definir agendas de gobierno sectoriales y transectoriales en cada uno de los territorios y localidades donde se implementaba SASH. Otras actividades de estos equipos incluyeron la organización del trabajo de prestación de servicios en los territorios, la sensibilización de la comunidad y la adscripción de las familias a los equipos de atención en salud.

Figura No. 3. Equipo básico de salud y sus funciones



Fuente: SDS, documento de trabajo grupo funcional APS.

Salud a su Hogar comenzó a operar tanto con equipos extramurales como intramurales. Los equipos extramurales son equipos interdisciplinarios conformados con la participación de recurso humano del

PAB, brigadas de salud, vacunación, salud ambiental, de algunas de las instituciones del eje social y con los promotores o gestores de salud de las localidades. Estos equipos se encargan de actividades individuales o colectivas, para promover la salud y prevenir las enfermedades y, en algunos casos, realizar algunas acciones de tipo resolutivo –según priorización–. Los equipos trabajan directamente en los micro territorios donde la población no tiene acceso a un prestador de servicios, generando un proceso de coordinación de la acción entre los equipos de gestión de salud pública –conformados para la ejecución de los programas PAB, los equipos básicos de atención en salud, SASH, y los equipos de ámbitos y de vigilancia en salud pública.

Por su parte, los equipos intramurales se ubican en los centros de atención –CAPS, UBA, UPA, CAMI– y se encargan directamente de la atención médica curativa, preventiva y educativa de las personas remitidas por los equipos extramurales que trabajan en los micro territorios SASH. Están conformados por el personal asistencial del centro de atención, es decir, médico, enfermera y personal auxiliar. Los equipos generalmente cuentan con el apoyo de psicólogo, nutricionista, fisioterapista, gineco-obstetra, pediatra, internista y otros profesionales según el caso.

Los equipos de atención en salud desarrollan una serie de intervenciones sectoriales de acuerdo con el ciclo vital de las personas y las familias y se apoyan en otros sectores del nivel local y distrital para completar su misión. Esta nueva organización del trabajo permite mejorar el acceso y oportunidad de uso de los servicios de salud, actuar sobre otros determinantes de la salud, hacer seguimiento y crear un vínculo entre las familias, las comunidades y los prestadores de servicios de salud. Los servicios de salud de diferentes niveles de complejidad se articulan con SASH, organizándose en redes de atención en función del cumplimiento de los principios de la APS, entre ellos los de coordinación, atención integral y continua.

La atención curativa que hace SASH se realiza según la relación de afiliación que las personas tengan con el SGSSS. Así, los equipos atienden directamente a las personas del Régimen Subsidiado, RS, que estén incluidas en el contrato entre la aseguradora respectiva y el hospital público, Empresa Social del Estado, ESE, al que pertenece el equipo, así como a la población pobre no afiliada o “vinculada” en el marco del contrato entre la ESE y el Fondo Financiero Distrital de Salud, FFDS.



Los equipos también realizan las acciones y servicios individuales y colectivos denominados de “Promoción y Prevención”, P y P, que por normatividad estaban a cargo del Distrito en los componentes de promoción y prevención –la última reforma del SGSSS los entregó nuevamente a las aseguradoras– y del PAB –acciones convencionales de salud pública–. Para el caso de los afiliados al RS que no estén bajo un contrato entre el hospital público del Distrito y una aseguradora del RS, se realiza una “canalización” o remisión a la aseguradora correspondiente para que ésta le resuelva la necesidad de atención en salud que presente el usuario. Igual procedimiento se realiza con los afiliados al Régimen Contributivo, RC, los cuales generalmente no están cobijados por contratos entre la red prestadora pública y la aseguradora a la que pertenecen.

Los equipos de Salud a su Hogar, mediante la aplicación de la ficha de caracterización, indagan sobre diferentes aspectos que les permiten canalizar a los individuos con necesidades identificadas e insatisfechas a otros programas del eje social. Por ejemplo, las personas que no cuentan con documentos de identificación son remitidos a la Registraduría con el fin de obtener para ellos el primer elemento que les permitirá “ejercer ciudadanía” y acceder a los servicios por medio de la afiliación al SGSS; de igual manera se identifican menores de edad y familias para ser canalizados al programa *Bogotá sin Hambre*, y a su vez los niños que no asisten a la escuela se remiten para que sean vinculados por alguna institución.

En el componente de prestación de servicios se identifican poblaciones prioritarias como gestantes, hipertensas, diabéticas y personas con déficit frente a programas preventivos como crecimiento y desarrollo y control prenatal, con el fin de ser canalizados a los respectivos prestadores y poder hacer seguimiento a la continuidad y permanencia de estas personas con el equipo de Salud a su Hogar.

Con la caracterización realizada por los equipos SASH en los micro territorios se inicia el proceso de diagnóstico local y análisis situacional participativo de salud y se definen y concertan los planes integrales de acción en cada uno de los territorios. Dichos planes involucran la ejecución de las acciones que, según las competencias, desarrollan los equipos de atención en salud con los individuos y las colectividades, que van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, recuperación y rehabilitación, y los que se ejecutan con otros sectores y la comunidad según el peso que otros determinantes no sectoriales imponen en la situación de salud de la comunidad (SDS, *Revista Salud a su Hogar en cifras y en hechos*, 2005).

El seguimiento que hace SASH a las familias caracterizadas incluye las siguientes actividades: visita, captación y priorización; canalización intrainstitucional, sectorial y a otras instituciones del eje social; acompañamiento individual y familiar; convocatoria familiar y comunitaria; adherencia a los programas de promoción y prevención, atención y educación integral; monitoreo de casos especiales y evolución del micro territorio.

De esta manera la estrategia de APS y el programa Salud a su Hogar han venido contribuyendo tanto con la identificación de las necesidades de utilización de servicios de salud de la población en el territorio como con la promoción de la demanda de estos servicios, a superar barreras de acceso y a hacer seguimiento de la utilización de los servicios según necesidad independientemente del pagador y prestador de servicios al que se tiene derecho.

En abril de 2005 se cerró la primera fase de operación de Salud a su Hogar y se dió la posibilidad a las ESE de culminar el proceso de caracterización y digitación de información con el fin de iniciar con un período de seguimiento a los planes de acción diseñados a partir de la información de las familias caracterizadas (SDS, *Revista Salud a su Hogar en cifras y en hechos*, 2005). La culminación de este proceso abrió el camino a la implementación de la segunda fase de SASH.

Segunda fase de implementación de Salud a su Hogar

Después de la primera fase de conceptualización e iniciación de la implementación de la APIS a través de la operativización del programa Salud a su Hogar se dio inicio a la segunda fase, que básicamente se caracterizó por tener un mayor énfasis en la intervención de los problemas detectados, fortalecer la participación de los grupos organizados y otras expresiones de la comunidad y generar una mayor dinámica en las acciones de integración intrainstitucional y transectorial a partir del reconocimiento de los avances, de los puntos críticos y de las proyecciones (SDS, Grupo funcional APS, 2006). Esta fase comenzó con el desarrollo de visitas a las diferentes localidades por parte de la SDS para conocer los avances y aspectos a mejorar en la implementación de la APIS –se desarrolló un instrumento de evolución y seguimiento a la oferta de servicios mediante el cual se construyó el mapa de oferta para APS–. Durante esta fase se continuó avanzando en la caracterización de familias e individuos y revisando y ajustando continuamente los procesos de manera que al finalizar el período de Gobierno se pudieran mostrar progresos significativos de la experiencia.

Adicionalmente, en el año 2006, se decidió organizar un Comité Técnico asesor del Secretario de Salud –Resolución de la SDS No. 003 de 2006– en temas relacionados con:

> "[…] la operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, APS, y la gestión de las acciones que los actores del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud deben realizar para su implementación, seguimiento y monitoreo".

Tal Comité estuvo integrado por el Subsecretario Distrital de Salud, el director de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, el director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, el director de la Dirección de Aseguramiento en Salud y el director de la Dirección de Planeación y Sistemas. Además, se ordenó la creación de los siguientes grupos de apoyo del Comité Técnico: un grupo operativo para la gestión de la estrategia y grupos funcionales para la gestión de la estrategia en distintos temas como

> "…líneas de atención –discapacidad, crónicas, materno perinatal, etcétera–, redes de servicios –urgencias, hospitalización, atención ambulatoria, etcétera–, sistema de información y los que se definan en el desarrollo de la gestión."

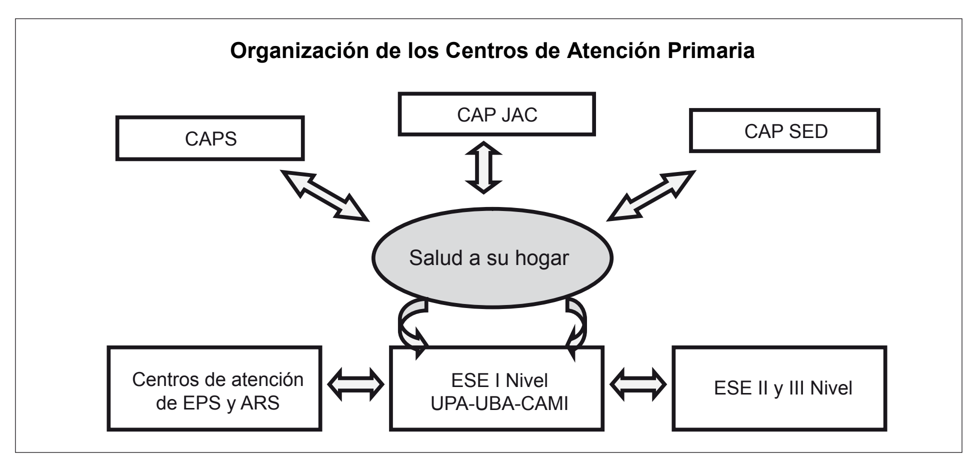
De igual manera, en esta segunda fase se acordó que el número de familias adscritas a los equipos de salud familiar no superarían las mil doscientas. Así mismo, se iniciaron reuniones con la Caja de Vivienda Popular con el fin de coordinar acciones de mejoramiento de vivienda de la población que habita en territorios donde se desarrolla Salud a su Hogar. También se implementó la estrategia de APIS para salud oral en micro territorios y se dio continuidad al proceso de caracterización de la población vulnerable y desplazada de otras ocho localidades del Distrito.

En mayo de 2006 se propuso la conformación o adecuación de unidades nuevas de atención llamadas Centros de Atención Primaría en Salud, CAPS, que se ubicarían en las zonas más necesitadas –en los territorios de SASH, en los ámbitos escolares– para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los grupos poblacionales más vulnerables. Los CAPS fueron definidos como los espacios físicos a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, cumpliendo con los requisitos de habilitación, proporcionan atención sanitaria básica –acciones de salud individuales o colectivas– según la necesidad identificada para el grupo poblacional adscrito –familias de micro territorios, escolares y sus familias– en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (SDS, Grupo Operativo de APS, 2006). Los CAPS son el escenario en que confluye la población que demanda servicios o que asiste a los mismos por programación previa. Para el caso de la población pobre no afiliada, ésta es adscrita al punto de atención más cercano con el fin de incentivar la demanda de acciones de promoción y prevención para garantizar una atención integral de esta población.

De acuerdo con lo anterior se planearon tres modalidades de CAPS (ver Figura No. 4): unas institucionales ubicadas en las UPAs, UBAs y CAMIs; otras que por la inexistencia de infraestructura de servicios de salud fueron adecuadas en salones comunales previo acuerdo con las comunidades y, finalmente, otras que serían ubicados en los colegios para facilitar el desarrollo de las acciones de salud en la población escolarizada. Las acciones prioritarias realizadas desde los CAPS serían:

- Promoción y prevención, con detección temprana de enfermedades, discapacidad, control de crecimiento y desarrollo, control visual y auditivo, vacunación, citologías.
- Educación en salud sexual y reproductiva –para disminución del embarazo en adolescentes y prevención de ETS–.

Figura No. 4. Esquema de organización y funcionamiento propuesto para los Centros de Atención Primaria



Fuente: SDS, documento de trabajo grupo funcional APS.

- Prevención del consumo de substancias psicoactivas.
- Controles de embarazo y valoración del riesgo.
- Sala ERA, para prevenir la hospitalización y brindar atención oportuna a niños con afecciones respiratorias.
- Sala de lactancia materna, para favorecer la seguridad alimentaria y nutricional de los niños y niñas menores de un año.
- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Dispensación de medicamentos para –programas de salud pública–, hipertensión arterial, diabetes, anovulatorios, tuberculosis, lepra, nutrientes y vitaminas.

Sin embargo, hubo dificultades operativas para la apertura de estos nuevos puntos, CAPS, y finalmente sólo fue posible crear puntos de atención institucionales en las localidades de Suba y Bosa; los del sector educación aún no se han podido operacionalizar. Otra dificultad ha sido el enfoque limitado con el cual se han organizado dichos centros. Si bien la idea inicial fue la de crear Centros de Atención Primaria de Salud con enfoque integral, familiar y comunitario para reorganizar la prestación de los servicios, la práctica profesional, el trabajo en equipo y los modos de relacionamiento de las familias adscritas y de las comunidades con los equipos de salud, ésta terminó siendo acomodada a la directriz del SGSSS que a través de la Resolución 412 hizo énfasis en un paquete de intervenciones médicas costo-efectivas de Promoción y Prevención, P y P–. Por ello, los CAPS fueron organizados en algunos casos como centros para

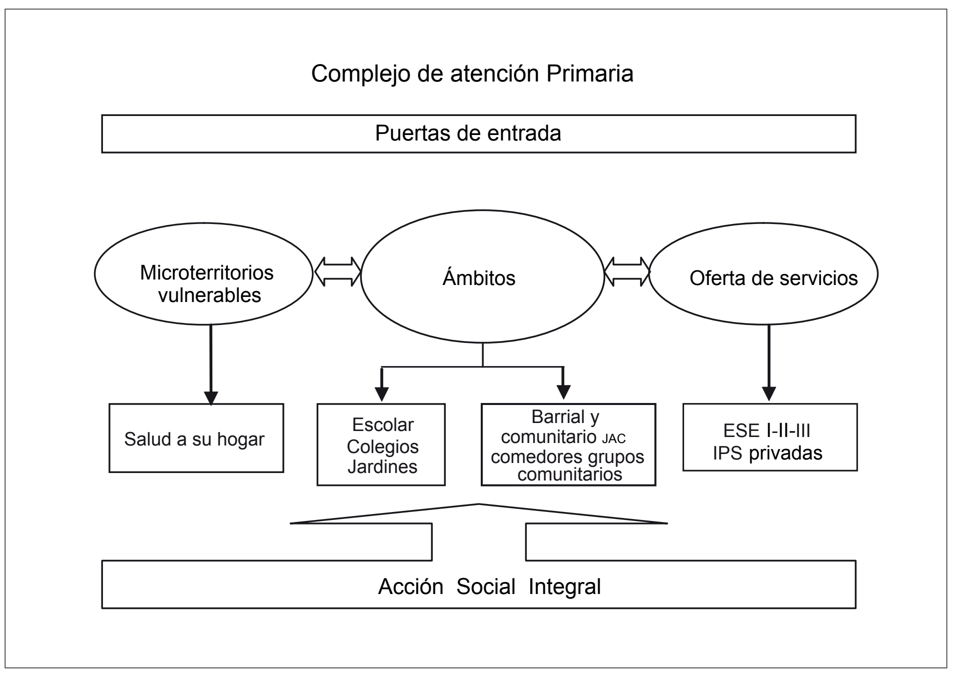
desarrollar tales intervenciones médicas y los promotores de salud a ellos vinculados convertidos en inductores de la demanda de las mismas, perdiendo de vista el enfoque de acción integral, familiar, comunitaria y contextualizada. Igualmente, los centros de atención primaria tradicionales, como las UBAs, UPAs y CAMIs, no han sido, en la generalidad de los casos, aún incluidos en el proceso de reorganización de la atención en la medida en que pareciera predominar la idea que la APIS se reduce solamente al trabajo de los equipos básicos de atención de SASH que operan en los micro territorios más vulnerables.

Con los equipos básicos de atención de los micro territorios vulnerables, los equipos de gestión en los ámbitos de salud pública y los CAPS se ha venido conformando una red o "Complejo de Atención Primaria de Salud" (ver Figura No. 5). Tal complejo está integrado funcionalmente por un conjunto de instituciones, procesos y recursos que propician la articulación de todas las intervenciones que en el sector salud se desarrollan con los individuos y colectividades. Dicho complejo o red incluye la coordinación de los niveles básicos de atención con los de mayor complejidad de la oferta pública y privada de servicios de atención médica (SDS, Cartilla APS, 2004). Los equipos de atención en salud y los CAPS actúan como primer contacto y puerta de entrada de las personas, las familias y la población a los servicios de salud –según el nivel de complejidad y la resolución de problemas– y a otros sectores desde distintos territorios



sociales como los ámbitos de vida cotidiana –familiar, escolar, barrial, lugar de trabajo, institucional–, los micro territorios con población más vulnerable y expuesta, entre otros. Sin embargo, no es clara su función de coordinación del conjunto de la red de prestación de servicios en la medida en que esta tarea descansa más en las Empresas Promotoras de Salud, que son las aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo, y en las propias ESE tomadas en su conjunto.

Figura No. 5. Esquema del complejo de Atención Primaria de Salud



Fuente: SDS, documento de operativización de la APS en Bogotá.

Los operadores de la estrategia en los territorios son las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría de Salud, las aseguradoras de los regímenes subsidiado y contributivo –mediante convenios con la SDS para programas específicos–, las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud y las instituciones del eje social (DABS–SED entre otras). También la comunidad y los usuarios han venido jugando un papel predominante desde una perspectiva de autonomía y participación en la identificación, resolución y seguimiento a necesidades colectivas. Los equipos básicos de atención como parte integrante de los Complejos

de Atención Primaria dependientes de la red pública adscrita a la SDS se coordinan y administran desde las ESE de primer y segundo nivel fusionadas y requieren, en primera instancia, la incorporación de la estrategia de APS en su planeación, así como la organización de la institución para dar respuesta a los principios de la misma.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá/DAPD, Departamento Administrativo de Planeación Distrital. (2004). *Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá, 2004-2008*. *Bogotá sin Indiferencia*. *Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión*, Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004.

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (2004). *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Artunduaga, L. A. & Klokoch, J. C. (2007). " Salud a su hogar y la Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007", en Secretaría Distrital de salud, Subsecretaría de Salud, Grupo operativo APS, *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007*.

Consejo Distrital. (2004). Acuerdo Número 119 de 2004 *Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D. C. 2004-2008*. *Bogotá sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, Bogotá, Alcaldía Mayor.

Secretaría Distrital de Salud. (2005). "Para que la salud pase del dicho al hecho Salud a su Hogar, un año después", en *Revista Salud a su Hogar en cifras y en hechos*.

Secretaría Distrital de Salud & Grupo Funcional APS. (2006). *Estrategia de Atención Primaria en Salud. Propuesta de trabajo para la segunda fase del programa de gobierno Salud a su Hogar*.

Secretaría Distrital de Salud. (2006). *Propuesta para el montaje y funcionamiento de centros de Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C.*, elaborado por Subsecretaría, Grupo Operativo de APS.

7 Sistemas de información y financiación de la APIS

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

La relevancia y utilidad de los sistemas de información en la implementación de estrategias de Atención Primaria de Salud, APS, comprenden desde su uso operativo y tradicional para la asistencia de los pacientes y sus familias mediante la sistematización de las historias clínicas, hasta su aplicación en aspectos estratégicos primordiales como la planificación de intervenciones, el suministro y seguimiento de los servicios de salud y la evaluación de éstos, incluidas la calidad y el impacto sobre la población a la cual van dirigidos (Starfield, 2001).

Debido a que algunos de los atributos esenciales y principios claves de la APIS son la continuidad o longitudinalidad y la coordinación de la atención, más que la atención episódica que se presenta en los sistemas asistenciales y hospitalarios no articulados ni basados en atención primaria, la exigencia de la sistematización de las historias clínicas es mayor. Así, la sistematización debe facilitar la revisión de las atenciones de un paciente y su familia en particular no en un momento puntual, sino más bien a lo largo de un período de tiempo.

Paralelo a la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud y sus resultados, una función administrativa y gerencial de los sistemas de información es el seguimiento de los volúmenes y costos de los servicios prestados que faciliten el análisis financiero y económico de la atención –tanto en términos

de sostenibilidad como de costo-efectividad– y la rendición de cuentas de los dineros públicos invertidos (OPS/OMS, 2007).

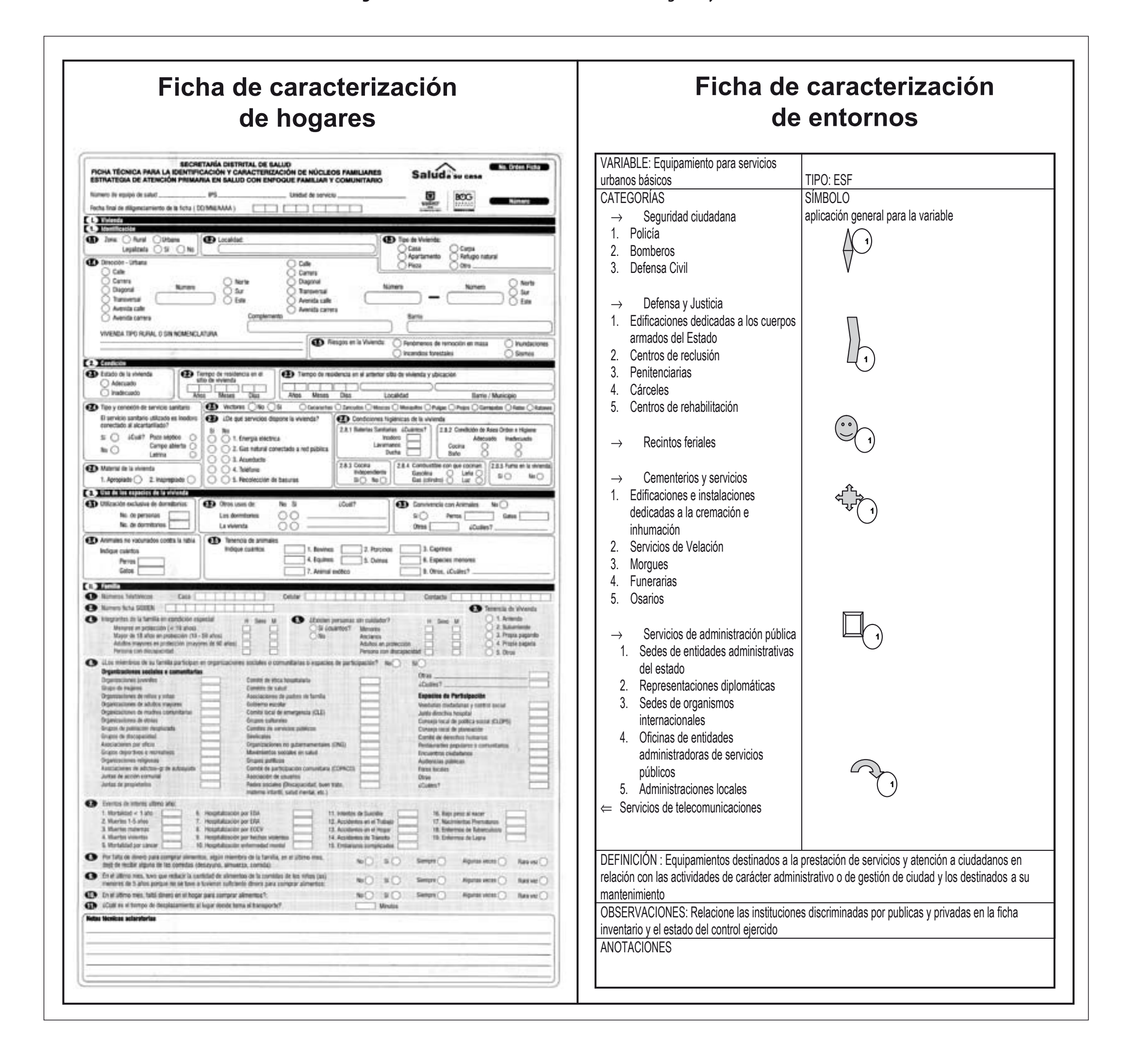
En Bogotá, al ponerse en marcha la APS y teniendo en cuenta que la operación de la estrategia inicia por la caracterización de la población, resultó necesario crear varios instrumentos de recolección y sistematización de la información. En primer lugar se elaboró una encuesta de hogares –fichas de caracterización y seguimiento a hogares e individuos, ver Figura No. 1– por medio de la cual los equipos describen la conformación y situación de las familias, las condiciones socioeconómicas y de salud de cada uno de los individuos miembros de la familia caracterizada y la condición de las viviendas donde éstos habitan.

De igual manera se desarrolló un instrumento de caracterización del entorno de los hogares (ver Figura No. 1) por medio del cual se describen las condiciones de infraestructura o y capital social básico con las que cuenta cada barrio caracterizado: instituciones y sedes administrativas de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales destinadas a la prestación de servicios y atención ciudadana, y organizaciones y redes sociales.

Para el diseño de los instrumentos se tuvo en cuenta que la información recolectada fuera eficaz para interpretar las condiciones de los hogares, la vivienda, los determinantes de salud del entorno más próximo y la situación de salud, de aseguramiento y acceso a servicios de las personas y las familias en cada microterritorio. La ficha de caracterización de los hogares y el instrumento de caracterización del entorno son aplicados por promotores de salud y técnicos sanitarios respectivamente. La información de los instrumentos está dirigida a servir como insumo para orientar las respuestas institucionales y sociales a los problemas de salud de la población y para hacer seguimiento y evaluación de las intervenciones que se implementen.

Para el procesamiento de la información y sistematización de los resultados de esas caracterizaciones se diseñó un aplicativo de software y se realizó el diseño y puesta en marcha de un sistema de información integrado que, además, permitiera el seguimiento de las acciones. El aplicativo diseñado por la Secretaría Distrital de Salud se denomina "APS en línea", y se considera un sistema de información para la gestión social integral en el nivel local que apoya los procesos relacionados con la estrategia de APIS, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes ESE y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia,

Figura No. 1. Fichas de caracterización de hogares y entornos



Ficha de caracterización de hogares

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
FICHA TÉCNICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Ficha de caracterización de entornos

VARIABLE: Equipamiento para servicios urbanos básicos	TIPO: ESF
CATEGORÍAS → Seguridad ciudadana 1. Policía 2. Bomberos 3. Defensa Civil → Defensa y Justicia 1. Edificaciones dedicadas a los cuerpos armados del Estado 2. Centros de reclusión 3. Penitenciarias 4. Cárceles 5. Centros de rehabilitación → Recintos feriales → Cementerios y servicios 1. Edificaciones e instalaciones dedicadas a la cremación e inhumación 2. Servicios de Velación 3. Morgues 4. Funerarias 5. Osarios → Servicios de administración pública 1. Sedes de entidades administrativas del estado 2. Representaciones diplomáticas 3. Sedes de organismos internacionales 4. Oficinas de entidades administradoras de servicios públicos 5. Administraciones locales ⇐ Servicios de telecomunicaciones	SÍMBOLO aplicación general para la variable
DEFINICIÓN : Equipamientos destinados a la prestación de servicios y atención a ciudadanos en relación con las actividades de carácter administrativo o de gestión de ciudad y los destinados a su mantenimiento	
OBSERVACIONES: Relacione las instituciones discriminadas por publicas y privadas en la ficha inventario y el estado del control ejercido	
ANOTACIONES	

facilitando de esta forma a la Secretaría Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores de servicios involucrados.

Este sistema permite a los operadores locales –hospitales e instituciones del eje social– y a las comunidades, ejecutar y llevar el control de las acciones y favorece la integración de la información social del Distrito. El eje ordenador del sistema de información son las acciones de integración social, es decir, el sistema de información permite vincular en línea las diferentes instituciones del eje social tales como la SDS –como operador del sistema de información–, Secretaría de Educación, Secretaría de



Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaría de Hábitat, entre otros, y también vincula a los diferentes sectores de acuerdo con los ámbitos ordenadores de la operativización de la estrategia APIS: familiar, escolar y comunitario/barrial.

El sistema de información en línea cuenta con dos módulos: uno denominado *detección*, que permite reportar individuos identificados desde cualquier entidad o ámbito que pueden ser beneficiarios de la estrategia de APIS y otro denominado *transectorialidad*, que permite a los referentes de otras entidades del eje social –diferentes al sector salud– recibir notificaciones de canalizaciones hechas desde los grupos de APIS hacia los programas de su competencia, así como registrar las acciones realizadas en respuesta a dichas canalizaciones.

El sistema finalizó su etapa de instalación en la red local de hospitales en junio de 2007 y se encuentran operando los módulos de caracterización y seguimiento de las acciones que realizan los equipos de salud familiar y comunitaria en todas las localidades. El sistema permite informes mensuales, los cuales son analizados por el equipo funcional de la estrategia de APIS a nivel local y periódicamente se analiza el estado de avance de las actividades consolidadas en el Distrito.

Para la realización del seguimiento y monitoreo de los resultados la SDS definió y estableció una serie de indicadores trazadores que buscan mostrar la eficacia de la estrategia –de accesibilidad y continuidad, de equidad y reducción de brechas en el acceso, impacto y percepción de oportunidades– y en la modificación de determinantes –integralidad y participación–. Los indicadores específicos se muestran en las siguientes tablas:

Tabla No. 1. Indicadores de eficacia de la estrategia en el Sector Salud

Tipo de indicador	Indicadores trazadores Sector Salud
Accesibilidad	Gestantes sin control prenatal incorporadas al programa.
	Niños menores de un año sin esquema adecuado para la edad que completan su esquema.
	Niños menores de un año sin control de crecimiento y desarrollo incorporados al programa.
	Mujeres de veinticinco a sesenta y nueve años sin citología en el último año incorporadas en esquema 1-1-3.
	Proporción de personas con condición de discapacidad intervenidas con la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.
	Proporción de personas con diagnóstico de tuberculosis en tratamiento.
	Proporción de personas con diagnóstico de lepra en tratamiento.
	Número de niños con desnutrición canalizados a programas de suplementación nutricional.
	Número de gestantes con desnutrición canalizadas a programas de suplementación nutricional.
	Número de caninos identificados vacunados.
	Número de hembras caninas y felinas identificadas esterilizadas.
	Número de focos de vectores y roedores identificados intervenidos.
Continuidad	Concentración –número y distribución– del control prenatal en gestantes de familias adscritas según el mes de captación.
	Concentración –número y distribución– del control de crecimiento y desarrollo en niños de familias adscritas acorde con la edad.

Tabla No. 2. Indicadores de Eficacia de la estrategia en otros sectores del Eje Social

Tipo de indicador	Indicadores de otros sectores
Accesibilidad	Número de niños con desnutrición canalizados al programa *Bogotá sin Hambre*.
	Niños desescolarizados incorporados a programas de educación formal.
	Número de personas indocumentadas que obtienen su identificación por registraduría.
Continuidad	Número de familias con situación de violencia intrafamiliar incorporadas a la estrategia de prevención del maltrato.
	Proporción de personas con diagnóstico de discapacidad intervenidas por otros sectores.

Tabla No. 3. Indicadores de equidad y reducción de brechas

Tipo de indicador	Indicadores trazadores Sector Salud
Equidad en el acceso a servicios	Cobertura comparada de control prenatal gestantes adscritas *vs.* no adscritas por régimen de afiliación.
	Esquema de vacunación adecuado para la edad en menores de cinco años en población adscrita *vs.* no adscrita por régimen de afiliación.
	Coberturas de control de crecimiento y desarrollo en menores de un año en población adscrita *vs.* no adscrita por régimen de afiliación.
Disminución de brechas en el impacto en salud	Casos de muerte materna en población adscrita *vs.* no adscrita.
	Casos de muerte por neumonía en menores de cinco años en población adscrita *vs.* no adscrita.
	Casos de muerte por EDA en menores de cinco años en población adscrita *vs.* no adscrita.
Equidad en el acceso a servicios	Coberturas de citología vaginal en el esquema 1-1-3.
	Proporción de personas diagnóstico con discapacidad intervenidas.
	Proporción de personas con diagnóstico de tuberculosis en tratamiento.
	Proporción de personas con diagnóstico de lepra en tratamiento.
Continuidad	Niños con bajo peso al nacer incorporados a programas.
Equidad en el acceso a servicios	Viviendas no conectadas a alcantarillado con estrategias de saneamiento básico alternativo.
	Número de establecimientos identificados en los micro territorios que entran al proceso de IVC sanitario.
Percepción de disponibilidad	Número de personas que consideran que pueden acceder a los servicios cuando lo soliciten.
Percepción de accesibilidad	Número de personas que consideran que tienen un servicio de fácil acceso.
Percepción de oportunidad	Número de personas que consideran haber recibido atención oportunamente.

Tabla No. 4. Indicadores de modificación de determinantes

Tipo de indicador	Indicadores trazadores
Integralidad	Zonas con disposición inadecuada de residuos sólidos intervenidas transectorialmente.
	Planes de intervención en micro territorios formulados transectorialmente y en ejecución.
Participación	Número de micro territorios con organización social vinculada a la ejecución de planes integrales.



Financiamiento de la APIS

Desde el 2004, al empezar a implementar con la APIS unos modelos diferentes de atención y de gestión, la SDS y las ESE adscritas del primero y segundo nivel de atención fusionados se vieron obligadas a reordenar el financiamiento del gasto en servicios en función del cumplimiento de los valores y principios de la APIS pero en el marco de las regulaciones establecidas por el SGSSS. Esto sucedió porque a diferencia de otras ciudades de la región, Bogotá, particularmente el sector salud a nivel distrital, carece de la autonomía suficiente frente al nivel nacional para formular e implementar sus propias políticas y estrategias y asignar autónomamente sus recursos.

En consecuencia, la Secretaría Distrital de Salud estimó en 2004 –año de inicio de la implementación de la estrategia– que la inversión de recursos públicos para la APIS provendría de reunir algunos de los componentes de sus distintos proyectos de inversión del período 2004-2008, acorde con la normatividad y características de división de recursos financieros por regímenes de afiliación al SGSSS. De igual manera, la SDS precisó que la utilización de dichos recursos financieros se realizaría de forma progresiva, de acuerdo con los compromisos que se establecieran en las metas sobre coberturas poblacionales y los resultados planteados también incrementales que se definieron para el período del Plan de Desarrollo de *Bogotá sin Indiferencia*.

Tabla No. 5. Estimativos de inversiones públicas para la implementación de APIS en Bogotá D.C. cifras en millones 2004

Concepto	2005	2006	2007	2008	Total
Población afiliada al Régimen Subsidiado (4,01% de la UPCS)	58.216	100.056	132.384,60	154.448	445.104,60
Población vinculada	40.011	94.249	138.546	160.555	433.361
Plan de Atención Básica (PAB)	5.500	6,500	7.000	8.000	27.000
Apoyo al modelo (obras de infraestructura y de dotación)	27.461	20.900	14.457	8.134	70.952
Apoyo al modelo (capacitación, asesoría y asistencia técnica)	2.500	3.000	3.000	500	9.000
Sistema integrado de información en salud	1.140	1.500	1.600	1.600	5.840
Diseño y ajuste a los mecanismos de pago	58,20				58,20
Diseño del sistema de costos hospitalarios	573,25	173,25			746,50
Total	135.459,45	226.378,25	296.987,60	333.237	$ 992.062,30

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.-Dirección de Planeación y Sistemas. Notas. 1]. *Para los cálculos del régimen subsidiado se inicia con un 50 por ciento del total de los cupos de afiliación y se incrementa por año hasta llegar al 100 por ciento de los cupos afiliados en 2008. ** Para la población no asegurada –vinculada– se inicia en 2005 con 150.000 familias hasta lograr en 2008 el cubrimiento total de las 390.000 familias.

Así, para los procesos iniciales de caracterización de la población y su entorno, planeación de intervenciones y seguimiento, la SDS utilizó una parte de los recursos del Plan de Atención Básica, dirigido a financiar las acciones colectivas o de salud pública y teniendo en cuenta el marco de competencias dado por la Ley 715 de 2001:

> Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.

A su vez, se incluyeron en las estimaciones los recursos de las intervenciones asistenciales individuales –acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación– que se financian con los recursos previstos para tal fin en el Sistema de Seguridad Social del Distrito: recursos de subsidio a la oferta para la población pobre no asegurada y del subsidio a la demanda para la población afiliada al régimen subsidiado.

La SDS obtuvo aprobación por parte del Ministerio de la Protección Social para la asignación de recursos del PAB a los procesos de operación de la APIS y específicamente para SASH, después de que este organismo concluyó que Bogotá mostraba un excelente desarrollo en salud pública, que estaba muy bien ajustado a las políticas nacionales y que se perfilaba como modelo en el ámbito nacional. Los recursos calculados para el desarrollo de los procesos de Salud a su Hogar, que se asignarían del rubro de las acciones del PAB, sumarían cerca de $42.379 millones de pesos según datos 2004-2006, más las cifras proyectadas por la Dirección de Planeación de la SDS. Al año 2007 los recursos invertidos son 33.102.454.227 (Artunduaga, Klokoch/Secretaría Distrital de Salud, 2007), como se muestra en la Tabla No. 6:

Tabla No. 6. Recursos del PAB asignados para SASH

Período	Territorios de Salud a su Hogar (acumulado)	Total recursos asignados para caracterización y seguimiento dentro del PAB
2004	64	$ 978.000.000
2005	141	$ 6.502.820.000
2006	268	$ 9.730.927.317
2007	325	$15.890.706.910

Esos recursos del PAB que se invierten para la operación de Salud a su Hogar son usados para los siguientes procesos estratégicos en la implementación de la APIS en Bogotá:

1. Organización de territorios: caracterización de individuos, familias, viviendas y entorno, análisis de la situación de salud de territorio y sensibilización de actores sociales.

2. Formulación de planes de acción: para individuos, familias, viviendas y entorno inmediato, concertado de manera participativa con las comunidades.

3. Seguimiento: incluye la canalización a los servicios que deben ser garantizados por las aseguradoras según régimen de afiliación al SGSSS; coordinación y seguimiento de acciones de otros sectores y de la misma comunidad; seguimiento y evaluación de las intervenciones y de

la situación de salud y cambios en condiciones de vida de la población y del territorio.

4. Monitoreo y evaluación: de todas las acciones que se realicen en los territorios donde opera Salud a su Hogar.

   Finalmente, los recursos realmente asignados en contratación con las ESE para actividades de caracterización y seguimiento de los territorios de SASH en el período 2004-2005 –Primera fase de implementación de la estrategia– ascendieron a un monto cercano a los $7.327 millones de pesos. En el año 2006, se presentó un notable aumento de los recursos girados, con un valor de $9.958 millones de pesos, lo que equivale a un incremento del 61 por ciento con respecto al año anterior. Así, el total los recursos invertidos en contratación con las ESE para actividades de caracterización, seguimiento y evaluación en el período 2004-2006 son de $17.305 millones de pesos (véase Tabla No. 7), con lo cual se cumplieron y superaron las proyecciones financieras iniciales de la SDS ya mencionadas. Respecto de las proyecciones para el período 2007 y 2008, los informes oficiales muestran el cumplimiento de la meta de llegar a 325 territorios con caracterización y seguimientos, aunque no se han reportado los valores de las ejecuciones presupuestales efectivamente realizadas (SDS, 2008).

Tabla 7. Recursos asignados para procesos de caracterización, seguimiento y evaluación 2004-2006

Años	Recursos invertidos en caracterización, seguimiento y evaluación
2004	$ 3.412.976.326
2005	$ 3.933.558.674
2006	$ 9.958.923.641
Total	$ 17.305.458.641

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.- Dirección de Planeación y Sistemas.

Con respecto a la inversión en infraestructura y dotación para la operativización de la estrategia, ésta ha sido para el período 2004 a 2006 de $41.294 millones de pesos, los cuales han sido destinados para diferentes actividades tales como adecuaciones para habilitación de puntos

existentes –incluidos el mejoramiento de la dotación–, reposición de puntos de atención, obras nuevas y reforzamiento estructural, con ejecuciones incrementales, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 8. Inversión en infraestructura 2004-2006

Inversión en infraestructura	
Año	**Millones de pesos**
2004	1.635
2005	6.244
2006	33.415
Total	41.294

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.- Dirección de Planeación y Sistemas.

En cuanto a la inversión en formación y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la administración, gestión y operación de la APIS, el período 2004-2006 se calcula en $912.551.150, con un total de 1.109 funcionarios capacitados de los niveles operativos, administrativos y directivos en diversos programas desarrollados en convenios con prestigiosas universidades del Distrito Capital y del exterior, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 9. Programas de capacitación funcionarios

Año	Proyecto
2004	Convenio 055 "Modelo de salud familiar y comunitaria que fortalezca APS", Universidad de Toronto.
2006	Convenio 055 "Modelo de salud familiar y comunitaria que fortalezca APS", Universidad Nacional.
2006	Diplomado APS, Universidad de la Sabana, "Herramientas para la gestión de la salud de la población desde la Atención Primaria de Salud".
2006	Convenio 0795 "Gestión primer nivel de atención", Universidad Javeriana.
2007	Convenio SENA programa académico de auxiliares en Salud Pública: para la formación de promotores de Salud a su Hogar.

Fuente: SDS, Dirección de planeación y sistemas. Área de análisis programación y evaluación.

En resumen, el total de la inversión realizada en los diferentes componentes para la operativización de la APIS en Bogotá correspondió a $58.400 millones de pesos para el período 2004-2006 (véase la siguiente tabla):

Tabla No. 10. Total inversiones en el desarrollo de APIS 2004-2006

Total inversión SDS en desarrollo de APS PERÍODO 2004-2006	
Componente	**Valor**
Infraestructura y dotación	$ 40.374.000.000
Contratación de actividades	$ 17.305.458.641
Capacitaciones	$ 720.551.150
Total	$ 58.400.009.791

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.- Dirección de Planeación y Sistemas.

Además de los recursos mencionados, a nivel local estos montos se complementan con los recursos provenientes de gestión de proyectos de atención integral que se contratan con las alcaldías mediante los Fondos Locales de Salud, FLS, bajo la figura de Unidad de Ejecución Local, UEL, y que en algunas localidades por su alto monto evidencian el gran apoyo del Gobierno Local a la estrategia de APS. Como ejemplo se tiene la localidad de Suba, donde los recursos provenientes de contratos mediante la UEL presentan un comportamiento creciente y han representado un monto de recursos muy relevante (Lozano, 2007).

Tabla No. 11. Comparativo de recursos PAB y UEL, localidad de Suba, 2004-2006

Vigencia	Proyecto	Valor del contrato
Año 2004	Plan de Atención Básica	$ 2.170.898.617
	Proyectos UEL- PAB Complementario	$ 907.512.600
	Total año	$ 3.078.411.217
Año 2005	Plan de Atención Básica	$ 4.473.159.677
	Proyectos UEL- PAB Complementario	$ 2.168.072.600
	Total año	$ 6.641.232.277

Vigencia	Proyecto	Valor del contrato
Año 2006	Plan de Atención Básica	$ 6.725.486.671
	Adición PAB septiembre /2006	$ 1.919.337.678
	Proyectos UEL- PAB Complementario	$ 851.392.400
	Total año	$ 9.496.216.749

Fuente: Lozano (2007). Informe de gestión 2004-2006. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE.

Los proyectos de atención integral contratados con la UEL, denominados PAB Complementario, se dirigen a diversas actividades de atención integral y diversos grupos poblaciones prioritarios, tales como discapacitados, gestantes, infantes, adulto mayor, desplazados, jóvenes, salud oral y visual, seguridad alimentaria, salud ambiental, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No. 12. Ejecución de recursos del los FLS.
Proyectos UEL-PAB (Complementario). Hospital de Suba, 2004-2006

Acciones, intervenciones programas	Años		
Discapacidad	**2004**	**2005**	**2006**
1. Rehabilitación basada en comunidad (problemas de aprendizaje, estimulación adecuada, acondicionamiento físico). 2. Entrega de ayudas técnicas.	$ 244.776.000		
1. Censo. 2. Rehabilitación basada en comunidad (problemas de aprendizaje, estimulación adecuada, acondicionamiento físico). 3. Entrega de ayudas técnicas. 4. Proyecto de vida (capacitación laboral). 5. Actividades recreo-deportivas (olimpiadas).		$ 457.839.924	
1. Rehabilitación basada en comunidad (problemas de aprendizaje, estimulación adecuada, acondicionamiento físico). 2. Entrega de ayudas técnicas. 3. Proyecto de vida (capacitación productiva).			$ 104.880.000
Subtotal discapacidad			$ 807.495.924

Acciones, intervenciones programas	Años		
Gestantes	**2004**	**2005**	**2006**
1. Valoraciones nutricionales. 2. Actividades educativas. 3. Detección de factores de riesgo. 4. Apoyo nutricional.	$ 283.972.000		
1. Valoraciones nutricionales. 2. Actividades educativas. 3. Detección de factores de riesgo. 4. Apoyo nutricional.		$ 44.733.000	
Subtotal gestantes			$ 328.705.000

Infancia	2004	2005	2006
Nutrición niños: 1. Desparasitación. 2. Suplementación con vitamina A (7000). 3. Suplementación con hierro (4000). 4. Talleres de formación con niños, padres y docentes.	$ 176.420.000		
Nutrición niños: 1. Desparasitación. 2. Suplementación con vitamina A (8000). 3. Suplementación con vitamina C (7000). 4. Talleres de formación con niños, padres y docentes. Vacunación neumococo (155 menores de 2 años). Vacunación hepatitis A (1688).		$ 374.306.000	
Vacunación neumococo niños (2 a 5 años).			$ 481.639.000
Subtotal infancia			$1.032.365.000

Adulto mayor	2004	2005	2006
Caracterizaciones, talleres de gimnasia terapéutica, talleres educativos, tamizajes cardio-cerebrales y vasculares.	$ 27.900.000		
Promoción de estilos de vida saludable: (80 grupos). Valoración médica, nutricional, oftalmológica, talleres de nutrición, desestimulación del tabaquismo y estimulación de la actividad física. Vacunación neumococo e influenza.		$ 935.266.000	
Vacunación neumococo adultos mayores.			$ 169.276.000
Subtotal adulto mayor			$ 1.132.442.000

Acciones, intervenciones programas	Años		
Jóvenes	**2004**	**2005**	**2006**
1. Talleres en prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas. 2. Intervenciones terapéuticas. 3. Capacitación a docentes y padres de familia. 4. Talleres de sensibilización y reflexión frente a la sexualidad. 5. Museo itinerante. 6. Bitácora. Intervención psiquiatría. 7. Proyecto de vida (capacitación productiva). 8. Caminatas ecológicas. 9. Montege y puesta en escena obra de teatro. 10. Panel.			$ 216.383.000
Subtotal jóvenes			$ 216.383.000

Salud oral y visual	2004	2005	2006
1. Índice de higiene oral. 2. Tamizaje visual. 3. Exámenes optométricos. 4. Entrega de ayudas ópticas. 5. Talleres a padres, niños docentes en salud oral, salud mental, nutrición y salud oral. 6. Entrega de elementos de estimulación adecuada.	$ 66.000.000		
1. Índice de higiene oral. 2. Tamizaje visual. 3. Exámenes optométricos. 4. Entrega de ayudas ópticas. 5. Talleres a padres, niños, docentes en salud oral, salud mental, nutrición y salud oral. 6. Entrega de elementos de estimulación adecuada.		$ 60.766.200	
Subtotal salud oral y visual			$ 126.766.200

Seguridad alimentaria	2004	2005	2006
1. Caracterización comedores: a. Caracterización y georeferenciación, (30 comedores 4950 personas). b. Talleres de prevención y promoción, ámbito social y nutricional dirigidos a siete comedores. 2. Prevención a la mendicidad: valoración, valoración psicológica, apoyo nutricional (desayuno, merienda, comidas). Asesoría jurídica. Talleres formativos –100 niño(as)–.			$ 188.017.000
Subtotal seguridad alimentaria			$ 188.017.000

Acciones, intervenciones programas	Años		
Desplazados y población vulnerable	**2004**	**2005**	**2006**
1. Intervención en salud mental. 2. Talleres a padres y niños.	$ 97.000.000		
1. Desplazados: intervención en salud mental. 2. Intervención en salud sexual y reproductiva (consejería en planificación e inserción Jadell). 3. Proyectos de vida: (Proyectos productivos y muestras empresariales). Atención psicolegal: a. Asesoría legal. b. Tratamiento terapéutico a víctimas de maltrato y abuso sexual. c. Remisión de casos. Humanización: seminarios de humanización a población vulnerable de la localidad.		$ 212.626.512	
1. Desplazados: intervención en salud mental. 2. Intervención en salud sexual y reproductiva (consejería en planificación e inserción Jadell). 3. Proyectos de vida: (Proyectos productivos y muestras empresariales). 4. Feria de la inclusión social habitante de la calle. Caracterización población: a. Valoraciones médicas. b. Psiquiatrías. c. Nutricionales. d. Optométricas. 5. Entrega de ayudas ópticas, proyecto de vida (proyecto productivo).			$ 210.204.400
Subtotal desplazados			$ 519.830.912

Salud ambiental	2004	2005	2006
Prevención de emergencias y desastres: 1. Curso primer respondiente. 2. Talleres de prevención de riesgos y desastres. 3. Capacitación. AIEPI. 4. Planes de acompañamiento. 5. Simulacros de evacuación.		$ 57.005.298	
Subtotal salud ambiental			$ 57.005.298
Totales anuales	$ 896.068.000	$ 2.142.542.934	$ 1.370.399.400
Total Proyectos PAB-Complementario			$ 4.409.010.334

Se destaca cómo los proyectos con mayor volumen de recursos corresponden a los dirigidos a los grupos poblacionales de infantes y adulto mayor, con montos de más de mil millones durante el período analizado, mientras que los proyectos de menor monto son los de salud ambiental, salud oral y visual y el de seguridad alimentaria con montos menores a doscientos millones durante el período comprendido entre 2004 y 2006. Así, el caso de la localidad de Suba nos muestra cómo el interés del Gobierno Local se conjuga y alinea con la política distrital para el fortalecimiento de la implementación de la estrategia de APIS en la provisión de servicios sanitarios para la población.

Referencias

Artunduaga, L. A. & Klokoch, L. C. (2007). "Salud a su hogar y la Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007", en Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Salud, Grupo operativo APS (Eds), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007*.

Lozano, G. (2007). *Informe de gestión 2004-2006*, Bogotá, Hospital de Suba II nivel-ESE.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la OPS/OMS, Washington D. C., OPS.

Secretaría Distrital de Salud. (2008). *Salud a su casa durante los 6 primeros meses de la Bogotá positiva. Informe de gestión institucional*, Bogotá, SDS. Recuperado en: www.asivamosensalud.org/descargas/estrategia_%20salud_a_su_casa_metas_retos.pdf

Starfiel, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Reimpresión, Barcelona, Masson, Societat Catalana de Medicina Familiar I Comunitaria, Fundacio Jordi Goi I Gurina.



Recurso humano en la APIS

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

La reorientación de los sistema de salud con base la APS hace énfasis en procesos estructurales y funcionales dentro de los cuales sobresalen las características específicas de contratación, formación y desarrollo del recursos humano involucrado en las actividades de las estrategias de APIS (Macinko *et ál.*, 2007). Los equipos de salud de atención primaria con orientación familiar y comunitaria se enfrentan primordialmente al desafío de las necesidades de salud y expectativas de la población, dado el enfoque de multicausalidad y de determinación social del desarrollo de los procesos de salud y atención de la enfermedad, pero también enfrentan los retos derivados de los cambios en los patrones demográfico y climático, así como de las consecuencias de las crisis económicas y alimentarias que al influir sobre los perfiles epidemiológicos aumentan las exigencias del desarrollo de la salud y de la prevención de la morbimortalidad. Estos cambios de patrones y situaciones también incrementan la complejidad de las enfermedades, por lo que se debe recurrir a estrategias específicas y decidir sobre las mejores alternativas de atención, integrando calidad técnica –para lograr los mejores beneficios con el menor daño y menor costo– con calidad en la atención para garantizar satisfacción y vínculo con las poblaciones que se atienden.

Aunque convencionalmente el médico ha sido considerado el profesional encargado de implementar intervenciones de salud y, fundamentalmente, de recuperación de la enfermedad, las estrategias de APIS



actúan promoviendo el trabajo en equipo con otros profesionales y auxiliares, incluso con disciplinas que operan por fuera del sector salud, para fundamentar la atención en las necesidades de las comunidades y propiciar procesos de desarrollo de la salud que van más allá de las intervenciones puramente médicas y de atención de la enfermedad. Ejemplo de lo anterior ha sido la vinculación de profesionales procedentes de las ciencias sociales y trabajadores de las propias comunidades, como lo enseñan el movimiento de los "médicos descalzos" en China y demás experiencias de otros países (WHO, 2005); la inclusión de antropólogos y trabajadores sociales en los países desarrollados (Heyrman *et ál.*, 2006) o la de cientos de miles de agentes comunitarios trabajando en salud con otros profesionales de la salud y de otros sectores como en Brasil (Garabeli Cavalli, Kluthcovsky & Magosso Takayanagui, 2006).

Lo anterior indica que la implementación de la Atención Primaria Integral de Salud requiere en forma creciente de trabajo más estable, multi, inter y transdisciplinar, de más actividades de gestión social y de más colaboración en equipo que en el pasado. Esto implica conocimientos ya no sólo sobre aspectos clínicos de la atención sino acerca de la epidemiología comunitaria, la gestión, integración y coordinación de recursos, el mejoramiento de calidad y la promoción de la salud a través del desarrollo de políticas públicas intersectoriales, transectoriales y participativas, con lo cual se deben desarrollar o incluir destrezas adicionales en

procesos de toma de decisiones, participación social, desarrollo de alianzas estratégicas y conocimientos en ciencias sociales, ambientales y conductas relacionadas con la salud y el desarrollo comunitario, los cuales se constituyen en insumos básicos de la formación del recurso humano para la formulación de las políticas públicas saludables y de la atención primaria que incluye la estrategia de APIS. Como lo señala Barbara Starfield (2001): "El éxito de la atención primaria depende de que la sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios de atención primaria".

El recurso humano en la estrategia de APIS en Bogotá

El proceso de constitución de los equipos de atención en salud familiar y comunitaria se inició en el Distrito con el reentrenamiento del recurso humano que participaría en los mismos. La idea original era que cada persona participante de cada equipo previamente debería ser sometida a un reentrenamiento para generación de capacidades y habilidades que le permitiera asumir con eficacia las tareas de APIS con enfoque familiar y comunitario. De esta forma, un equipo sólo se debía establecer en un territorio si todos sus miembros estaban en capacidad de materializar los atributos de la APIS definidos en el marco filosófico y conceptual y trabajar con un enfoque biopsicosocial y no biomédico como hasta ahora venía sucediendo. Se entiende que la estabilidad y el buen clima laboral eran requisitos para preservar y cualificar, a través de la experiencia y la educación continua, tales capacidades y habilidades.

Cada equipo de salud familiar y comunitaria debía conformarse primordialmente con un médico, una enfermera, cuatro promotores de salud y técnicos de saneamiento; pero adicionalmente podrían incluir y apoyarse en otros perfiles profesionales y disciplinarios de acuerdo con los recursos institucionales disponibles con el fin de abordar de manera integral las necesidades de salud de las personas en un contexto familiar, comunitario y ambiental, que permitiría identificar y atacar las "causas de las causas" de la mala salud y de las inequidades en salud, teniendo cada equipo un total entre ochocientas y mil doscientas familias asignadas.

Formas de contratación del personal

A pesar de que desde el comienzo de la implementación de la estrategia la Secretaría Distrital de Salud había dado directrices a los hospitales de la Red adscrita sobre la conformación y perfiles del recurso humano de los equipos de salud familiar y comunitaria, dado que son estas instituciones hospitalarias las encargadas de la vinculación del talento humano, el perfil disciplinario, conformación y garantías laborales, han sido diversos y en muchos casos contradictorios con el espíritu de los atributos de la APIS.

Esa variabilidad ha sido consecuencia de varios factores: primero, la diversa modalidad de contratación y de pago adoptada por cada hospital que, para propiciar la disminución de costos laborales, ingresar y sostenerse en la competencia del mercado de la salud y lograr su auto-sostenibilidad financiera, obligó a desarrollar la Ley 100 de 1993 convirtiendo a los hospitales en Empresas Sociales del Estado, ESE, con autonomía administrativa, técnica y financiera; segundo, la aplicación en el sector salud de los contenidos de las políticas nacionales de desregulación y flexibilización laboral luego de la reforma al régimen laboral colombiano en el marco de las medidas neoliberales aplicadas en el país y tercero, las orientaciones nacionales sobre formación del recurso humano que con la Ley 100 de 1993 han hecho énfasis en habilidades y competencias para el tratamiento y prevención de las enfermedades bajo enfoque, biomédicos.

Así, dentro de las principales modalidades de contratación del recurso humano para la estrategia de APIS en el Distrito se encuentran:

1. El contrato de trabajo a término indefinido, de tiempo completo o parcial –personal de planta– que subsiste para el personal vinculado a las instituciones prestadoras de servicios de salud como una concesión a los trabajadores vinculados con anterioridad a la vigencia de las nuevas normas de desregulación laboral. Estos funcionarios tienen estabilidad y todas las garantías laborales –vacaciones, prima, cesantías– que garantizan su permanencia en el hospital aunque no necesariamente en la estrategia de APS; su remuneración se basa en una tabla de salarios asociada al nivel educativo y experiencia, definida a nivel distrital en el marco de negociaciones entre el Gobierno y los trabajadores oficiales y públicos a través del cumplimiento, respectivamente, del derecho a negociación colectiva o presentación de pliegos de solicitudes respetuosas.



2. El contrato por medio de cooperativas de trabajo asociado que proveen el recurso humano que el hospital requiera a término definido, es decir, mediante contratos de trabajo transitorios, sin ninguna garantía de estabilidad. En esta modalidad la cooperativa generalmente hace las veces de empleador del recurso humano que provee, como intermediaria, a las ESE, y en tal carácter define autónomamente los mecanismos de selección, vinculación, permanencia y remuneración.

3. El contrato de prestación de servicios personales suscrito directamente entre la institución prestadora de servicios de salud y el recurso humano que necesita. Esta modalidad no genera el pago de prestaciones, además su duración es muy variable –desde días hasta un año– y depende del presupuesto disponible del hospital, lo cual genera inestabilidad, insatisfacción y alta rotación del personal (Hincapié, Guerrero & Franco, 2007).

La Secretaría Distrital de Salud, SDS, desde el momento de inicio de operación de la APIS promovió que las personas o funcionarios fueran vinculados dentro de la primera modalidad de contrato con el fin de generar el vínculo necesario entre las personas y los equipos de salud, y de contar con un recurso humano comprometido tanto con la institución como con la estrategia y la población. Así, al encontrarse que la mayoría de las ESE venía contratando su personal para los equipos de salud familiar y comunitaria por medio de las modalidades de prestación de servicios personales o por cooperativas de trabajo asociado, la SDS incorporó

posteriormente en sus contratos de prestación de servicios de salud con las ESE la obligación de garantizar la contratación de este recurso por un período de tiempo igual o superior al de la vigencia de dichos contratos (Hincapié, Guerrero & Franco, 2007). Con esto se buscaba mitigar el impacto negativo de la desregulación y flexibilización laboral en el logro de los atributos de la APS, particularmente en los principios de longitudinalidad o vínculo y enfoque familiar y comunitario de la atención, lo cual implicaba aumentar un poco más la permanencia en el tiempo de la relación entre las personas o pacientes, los equipos de atención y los servicios de salud y la preservación de la experticia y habilidades adquiridas como consecuencia del reentrenamiento y de la experiencia desarrollada en la práctica cotidiana durante el trabajo en equipo. Se conoce que del grado de logro alcanzado en el cumplimiento de tales principios depende la efectividad de la atención primaria en términos de resultados en salud (Starfield, 2001).

Sin embargo, se ha encontrado que la rotación del personal que labora en la estrategia sigue siendo alta y que está relacionada con el tipo de contratación de los profesionales y demás personal que labora en los equipos de Salud a su Hogar, lo cual atenta contra los principios básicos de la estrategia mencionados (Vega *et ál.*, 2008). Se estima que en los inicios la proporción de empleados de planta o vinculados a la estrategia mediante la modalidad de trabajo a término indefinido era de 70 por ciento *vs*. 30 por ciento de personal contratista o contratado mediante las otras modalidades, mientras que actualmente la proporción casi se encuentra igualada en un 50 por ciento entre personal de planta y contratista, lo cual afecta en forma negativa el desarrollo de la estrategia. De igual manera se ha observado que hay mejores resultados en los lugares donde el personal de APS ha tenido estabilidad y continuidad, lo cual es coherente con el conocimiento existente al respecto.

Esos hallazgos permiten concluir que una de las debilidades de la implementación de la APIS ha estado referida a los aspectos organizacionales y administrativos relacionados con la vinculación del recurso humano bajo la modalidad de contratistas, lo cual, si bien ha podido disminuir los costos laborales en el corto plazo, puede tener serias consecuencias negativas para la calidad y sostenibilidad de la APIS en el largo plazo. La política de desregulación laboral aplicada al recurso humano en salud es uno de los temas que merece especial atención, dado que no se ha logrado avanzar en resolver los problemas de los incentivos perversos que para

el logro de los principios de la estrategia generan las formas de contratación temporal y los tipos de pago de las ESE al personal de salud que trabaja con la estrategia.

Capacitación del recurso humano

Una de las principales tareas que se tenía en el marco de la implementación de la estrategia de APIS era el fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades del recurso humano. En este sentido tanto las ESE como la SDS han invertido un importante volumen de recursos financieros y han desplegado estrategias particulares para la capacitación del personal que labora en APIS.

Para avanzar en esta dirección se inició con el proceso de capacitación de ochenta funcionarios de planta –médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores– de las Empresas Sociales de primer nivel de atención en temas como APS con enfoque familiar y comunitario. Del personal capacitado se seleccionarían cuarenta funcionarios como multiplicadores, quienes se encargarían de transmitir el conocimiento a 230 nuevos servidores públicos, miembros de los equipos de salud familiar, que a su vez harían de replicadores del proceso. Sin embargo, esta estrategia de construcción de capacidades del recurso humano parece no haberse desarrollado plenamente debido a dos factores: por un lado, la alta rotación laboral asociada a la política de desregulación del mercado de trabajo imperante en el sector salud, que impide incluir en la capacitación al personal contratista y, por el otro, debido al carácter contradictorio con los principios y atributos de la APS del enfoque biomédico de la política de formación de recurso dominante en el país a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993.

Durante el segundo semestre del año 2004 y durante el 2005 se capacitó al personal operativo que se vincularía a los equipos de salud familiar y comunitaria del programa Salud a su Hogar con un curso denominado "Modelo de salud familiar y comunitaria para fortalecer la APS", por medio de un convenio entre el Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Este curso estuvo dirigido a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud de las ESE que comenzaron a implementar Salud a su Hogar, e incluyó entre sus temas: la conceptualización sobre el modelo

de salud familiar y comunitaria, roles y habilidades básicas de los equipos en salud familiar y en la estrategia de APS, práctica clínica y de salud familiar y comunitaria basada en la evidencia, manejo de los atributos de atención primaria, investigación bibliográfica, principios de educación, guías y métodos de desarrollo comunitario. Durante este curso fueron capacitados un total de 445 funcionarios de los diferentes hospitales (Hincapié, Guerrero & Franco, 2007).

A la fecha de su contratación, el equipo de la Universidad de Toronto había acumulado una gran experiencia de capacitación de recurso humano a través de programas de cooperación internacional en la modalidad de cursos rápidos, desarrollados en varios países de América Latina, entre ellos Brasil y Chile, con programas de APS similares al de Bogotá, orientados a fortalecer la práctica profesional y técnica de los equipos de salud familiar y comunitaria. El contenido de los cursos se refería al papel de la APS como base de la organización del sistema de salud, al estímulo del conocimiento de nuevos conceptos de APS, evidencia de su importancia y características de su práctica. Así por ejemplo, incluía temas como:

- Los conceptos claves de la APS: primer contacto, integralidad, longitudinalidad y coordinación y mecanismos de evaluación de estos elementos.
- Los principios da salud familiar: competencia clínica, enfoque en la persona, en la familia y en la comunidad, el recurso en salud, las relaciones interpersonales.
- La práctica basada en la evidencia científica para identificar las necesidades y resolver los problemas comunes del territorio.
- La evaluación y seguimiento en salud: el uso de los indicadores de evaluación.

Cada equipo en entrenamiento debió desarrollar un proyecto en cada una de las localidades de procedencia, orientado a garantizar la atención integral en salud y a promover las mejoras en la salud de acuerdo con las necesidades de salud identificadas y priorizadas de la población del territorio respectivo. El proyecto debía basarse en la mejor evidencia disponible e incluir el papel desarrollado por los miembros del equipo de salud, la familia, la comunidad y otras instituciones y sectores del Gobierno.

En 2006 se desarrolló una segunda ronda de capacitación, esta vez mediante convenio entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad

Nacional de Colombia, pero sin la participación de la Universidad de Toronto. El curso estuvo dirigido a los miembros de los equipos de APS e hizo énfasis en temas como el desarrollo de las políticas públicas bajo el enfoque de la estrategia promocional de la calidad de vida y la salud, EPCVS, análisis de la situación de salud en el contexto local, métodos y herramientas para el análisis de información primaria y secundaria, lectura de necesidades territoriales, priorización de intervenciones operativas y administrativas, liderazgo, herramientas de comunicación, modelo pedagógico y didáctico, medicina basada en la evidencia, planeación estratégica y gestión de territorios sociales. En esta oportunidad se capacitaron quinientos veinte funcionarios.

Como puede observarse, el primer entrenamiento estuvo orientado a desarrollar capacidades en el cumplimiento de los atributos y desarrollo de las tareas de atención primaria en la medida en que se tenía claro que uno de los componentes necesarios de la APIS era la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de atención primaria, como ella había sido defendida por Starfield (Starfield, 2001). El segundo entrenamiento fue una mezcla entre el curso de atención primaria, tal y como lo había desarrollado la Universidad de Toronto y nuevos elementos orientados a fortalecer los equipos en la EPCVS. Aunque aún no se conoce evaluación alguna de la efectividad de una y otra modalidad de entrenamiento, puede considerarse que la conjunción de ambas apuntaba a dar elementos de capacitación en el espíritu de la APIS como una estrategia que conjuga aspectos de la atención primaria y de la promoción de la salud. Lo que no se sabe con certeza es cuál de estas capacitaciones, la realizada en forma separada sobre cada uno de los componentes de la APIS –atención primaria y promoción de la salud– o la que incluye la mezcla de ambos componentes de la APIS –atención primaria más promoción de la salud–, es la modalidad más adecuada y efectiva para el desarrollo futuro de las capacidades del recurso humano de la APIS en Bogotá y el país. Experiencias de capacitación similares se han desarrollado en otras regiones como Santander, las cuales deberían ser evaluadas para sistematizar sus enseñanzas y aprender sobre mejores prácticas de fortalecimiento rápido de capacidades del recurso humano en el campo de la APIS.

A finales del año 2006 se inició un diplomado dictado por la Universidad de la Sabana sobre el fortalecimiento de competencias para la gestión y administración de la APS, dirigida a doscientos treinta funcionarios administrativos de las ESE y de la SDS. Además, se realizó un

contrato con la Universidad Javeriana para desarrollar una especialización en "Gestión de primer nivel de atención" para treinta funcionarios de los niveles directivos de las ESE y de la SDS. De otra parte, en 2007 la Secretaría Distrital de Salud realizó un convenio con el SENA para la formación de los promotores de salud como auxiliares de salud pública, proceso en el que se formaron 185 promotores (Artunduaga, Klokoch/ Secretaría Distrital de Salud, 2007).

De los procesos efectuados en 2006-2007 tampoco se dispone de evaluación sistemática de las modalidades de capacitación utilizadas, de las cuales se sabe que estuvieron principalmente orientadas a fortalecer al recurso humano en gestión de la APIS. Lo anterior limita cualquier observación sobre su coherencia con los valores, principios y atributos de la APIS con miras a su cualificación en el futuro inmediato. Un riesgo del desarrollo de múltiples iniciativas en este campo sin un claro direccionamiento de política en formación del recurso humano es que se pierda el rumbo respecto de la aplicación del enfoque filosófico y operativo de la APIS definidos desde el año 2004 y que se termine desarrollando un recurso humano ecléctico, sin perfil coherente con el contenido determinado para Bogotá de la estrategia. En todo caso, el desarrollo de capacidades para la gestión de la APIS, así como para la práctica profesional y técnica de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria, es un elemento crucial del éxito de la implementación y resultados de la Atención Primaria de Salud y en él se viene haciendo esfuerzos centrales en países como Cuba, Brasil, Chile, Costa Rica y Venezuela, entre otros.

A pesar de que el tema del recurso humano es de vital importancia para el logro del éxito en la implementación de la estrategia de APS, se concluye que la alta rotación del recurso humano, las formas de contratación, incentivos, pago y la capacitación acorde con los principios de la APIS, son temas que deben ser investigados y abordados con una nueva política laboral y educativa, dado que son de suma importancia tanto para el cumplimiento de los atributos y principios de la APIS, como para la obtención de mejores resultados de salud. Si bien la Dirección de Talento Humano de la Secretaría Distrital de Salud ha desarrollado propuestas para la realización del lineamiento técnico para las formas de contratación del personal que labora en los equipos de Salud a su Hogar, y aunque existe una iniciativa con las universidades formadoras de recurso humano, aún no existe en la ciudad una política de formación de capacidades del recurso humano en salud con el espíritu de la APS, y tampoco existen

cambios curriculares en los programas de formación de pregrado y posgrado del personal de salud del país que se oriente en esa dirección.

Referencias

Artunduaga, L. A. & Klokoch, J. C. (2007). "Salud a su hogar y la Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007", en Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Salud, Grupo operativo APS (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá D. C. 2004-2007*.

Garabeli Cavalli, Kluthcovsky, A. C. & Magosso Takayanagui, A. M. (2006). "O trabalho do Agente Comunitário de Saúde", en *Rev Bras Med Fam e Co, Rio de Janeiro,* 2 (5).

Heyrman, J., Lember, M., Rusovich, V. & Dixon. (2006). "Changing Professional Roles in Primary Care Education", en Saltman, R. B., Rico, A. & Boerma, W. (Eds.), *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, England, Open University Press, pp. 165-183.

Hincapié, Guerrero & Franco. (2007). *Informe de actividades*, Bogotá, SDS, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de planeación y sistemas.

Macinko, *et ál.* (2007). "Renewing Primary Health Care in the Americas", en *Revista Panamericana Salud Pública,* 21, (2-3).

Secretaría Distrital de Salud. (2006). *Propuestas para el montaje y funcionamiento de los complejos de Atención Primaría en Salud en Bogotá, D. C.*, documentos de trabajo institucional, Bogotá, SDS, Secretaría Distrital de Salud/Grupo operativo de APS.

_____. (s.f). *Informes de actividades 2004-2006*, documentos de trabajo institucionales.

Starfiel, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Reimpresión, Barcelona, Masson, Societat Catalana de Medicina Familiar I Comunitaria, Fundacio Jordi Goi I Gurina.

Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P. A. & Restrepo, M. O. (2008). "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de

Atención Primaria Integral de Salud", en *Revista medicina social 2008,* 3 (2), pp. 148-169. Recuperado en http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/207/412

WHO, World Health Organization. (2005). "Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences. Recuperado en http://www.who.int/social_determinants/en/



Acción intersectorial por la salud y rectoría del sistema de salud

Román Vega Romero

Naydú Acosta Ramírez

Paola Andrea Mosquera Méndez

La acción intersectorial por la salud es entendida por la OMS como "la relación entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otro sector que se establece para actuar sobre un problema y lograr resultados en salud de una manera más efectiva, eficiente o sustentable de lo que pudiera lograrse, si el sector salud actuara solo" (WHO, 1997: 3). También ha sido definida como "una acción compartida con diferentes sectores sociales para enfrentar los problemas que inciden sobre la salud, teniendo como eje orientador la mejoría de la calidad y condiciones de vida y la salud de la población" (Curitiba, 2000).

En el marco de la APS y del modo promocional de la calidad de vida y la salud en Bogotá, se ha venido usando el concepto *transectorialidad*, el cual puede considerarse un caso especial de la acción intersectorial por la salud (Public Health Agency of Canada, 2007). Ésta ha sido definida como la articulación del trabajo entre diferentes dependencias e instituciones del área social alrededor de las respuestas transformadoras a las cuestiones generadas por las necesidades sociales y de salud de la población (Alcaldía Mayor de Bogotá/SDS, 2004).

Por medio de la transectorialidad, la estrategia de APS ha pretendido, junto con el rediseño de la gestión en salud pública, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, coordinando las acciones del sector salud con las de otros sectores del Gobierno, el sector privado

y redes sociales y comunitarias. Del concepto de *transectorialidad* han derivado políticas públicas y formas de intervención y gestión que asumen un carácter integral. Este planteamiento ha servido para aportar, desde el sector salud, a los procesos de formulación y gestión de políticas, planes y programas integrales promovidos por la administración Distrital, tales como la política de infancia y adolescencia (Alcaldía Mayor de Bogotá/ SDS/DABS, 2004), el programa *Bogotá sin Hambre*, la política ambiental y de vivienda social (Alcaldía mayor de Bogotá. Plan de desarrollo 2004-2008), entre otras.

A partir del proceso de caracterización, priorización de necesidades y formulación participativa de planes y programas integrales de acción, la APS promovió lo que comenzó a llamarse "Acción Social Integral", entendida como el conjunto de las diversas acciones realizadas entre las instituciones, sectores y actores comunitarios de un territorio determinado para organizar respuestas sociales integrales frente a una necesidad o problema identificado de la población. Como insumo para el proceso de Acción Social Integral los equipos de atención en salud familiar y comunitaria de Salud a su Hogar y los de gestión por ámbitos de salud pública, se encargan de entregar información sobre necesidades de las comunidades identificadas a través de la caracterización de las familias y del entorno, y del proceso de promoción de la organización de respuestas colectivas mediante el esquema de "Gestión Social Integral", el cual ha venido articulando en los micro territorios acciones conjuntas de las instituciones del sector salud, educativo, de integración social, vivienda, ambiente y de las comunidades respectivas.

El espacio organizador de la Acción Social Integral en los territorios, son las Unidades Programáticas Zonales, UPZ, áreas en las que se divide una localidad para el caso concreto de Bogotá. Algunos de los territorios de estas zonas se priorizan según el grado de vulnerabilidad y exposición a factores deletéreos para la salud y la calidad de vida. En algunas de las experiencias en desarrollo se ha venido utilizando como fuente para la priorización los datos producidos por el Departamento Administrativo de Bienestar Social, DABS –hoy Secretaría de Integración Social–, la Secretaría Distrital de Salud –por medio de los equipos de Salud a su Hogar– y por la Caja de Vivienda Popular –por medio del Plan de Mejoramiento Integral de Barrios–. Las referencias y los datos de estas tres instituciones se han cruzado, y con ello han podido identificar al menos treinta zonas prioritarias de intervención (ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1 UPZ prioritarias del sector social.
Distribución de territorios SASH ,familias, población por Unidad de Planeamiento Zonal según localidad

Unidad de planeamiento zonal		Viviendas	Hogares	Población	UPZ prioritarias Eje Social
Localidad 1: Usaquén					
9	Verbenal	10.091	15.256	56.719	1
11	San Cristóbal Norte	11.771	17.241	62.635	2
Localidad 2: Chapinero					
89	San Isidro Patios	1.463	2.257	8.101	3
90	Pardo Rubio	7.758	8.429	26.554	4
95	Las Cruces	3.357	5.988	20.488	5
96	Lourdes	7.171	12.991	51.252	6
Localidad 4: San Cristóbal					
32	San Blas	10.113	17.734	80.657	7
50	La Gloria	16.131	23.513	108.645	8
51	Los Libertadores Sur	15.787	17.754	87.622	9
Localidad 5: Usme					
52	La Flora	4.900	6.155	25.523	10
56	Danubio	6.168	8.085	28.143	11
57	Gran Yomasa	19.633	29.247	117.115	12
58	Los Comuneros	12.329	16.842	64.097	13
59	Alfonso López	4.281	5.417	19.640	14
Localidad 6: Tunjuelito					
42	Venecia	23.051	40.617	139.150	15
62	Tunjuelito	8.204	18.163	65.217	16
Localidad 7: Bosa					
84	Bosa Occidental	27.042	66.572	138.835	17
85	Bosa Central	37.344	106.396	214.767	18
86	El Porvenir	4.955	12.563	24.058	19
87	Tintal Sur	3.936	9.790	19.809	20

Unidad de planeamiento zonal		Viviendas	Hogares	Población	UPZ prioritarias Eje Social
Localidad 8: Kennedy					
82	Patio Bonito	12.753	17.131	98.776	21
Localidad 10: Engativá					
74	Engativá	10.934	14.092	54.820	22
Localidad 11: Suba					
28	El Rincón	31.156	49.805	186.778	23
71	Tibabuyes	27.056	33.625	118.647	24
Localidad 14: Los Mártires					
102	La Sabana	10.599	14.836	52.682	25
Localidad 15: Antonio Nariño					
35	Ciudad Jardín	4.911	7.523	28.639	26
Localidad 17: La Candelaria					
94	La Candelaria	4.798	7.558	27.450	27
Localidad 18: Rafael Uribe U.					
53	Marco Fidel Suárez	8.864	19.741	77.824	28
54	Marruecos	12.744	18.188	74.542	29
55	Diana Turbay	10.041	13.953	60.605	30
Localidad 19: Ciudad Bolívar					
66	San Francisco	12.121	20.239	86.844	31
67	Lucero	37.597	52.481	229.216	32
68	El Tesoro	6.514	10.064	43.844	33
69	Ismael Perdomo	22.930	26.853	113.780	34
70	Jerusalem	15.766	17.485	78.429	35
Total					35

Fuente: Población 2002: DAPD. Subdirección de Desarrollo Social. Área de Desarrollo Humano y Progreso Social. Secretaría Distrital de Salud–DABS.

La Acción Social Integral se produce articulando distintos actores y procesos gubernamentales del sector privado y de la sociedad civil, en distintos niveles de acción tales como el distrital, local, zonal, micro

territorios, escuelas, hogares y sitios de trabajo. En el caso de los procesos de formulación e implementación de políticas, planes y programas integrales, éstos también se han dado en diferentes temáticas tales como salud, alimentación, nutrición, educación, vivienda, ambiente y con distintas modalidades de gestión sectorial e intersectorial a nivel local y distrital. La acción intersectorial también se desarrolla en espacios como la familia, el micro territorio y en general los ámbitos, y abarca distintos temas tales como la violencia, el maltrato, el hambre y las enfermedades. En consecuencia, los escenarios definidos para la "Gestión Social Integral" son diversos y coherentes tanto con el espacio a abordar como con la problemática de la población a tratar. Estos pueden ser: el barrio de una localidad, los centros de desarrollo infantil –DABS, ICBF–, los comedores comunitarios –DABS, FDL, IDIPRON–, las instituciones educativas distritales –paulatinamente las privadas– y las instituciones que ofertan servicios de salud.

Una de las formas más destacadas de operación del enfoque intersectorial de la APIS y de articulación de ésta con la salud pública, ha sido la de los ámbitos de la vida cotidiana, que antes hacían parte de los componentes de operación del Plan de Atención Básica, PAB y actualmente del Plan de Intervenciones Colectivas, PIC. Las acciones son ejecutadas desde lo local para afectar un conjunto de determinantes sociales que deterioran la calidad de vida ligado con acciones de salud pública, como la gestión local por la salud y la gestión local de la vigilancia en salud pública.



En tal sentido, el trabajo intersectorial realizado por el PIC y la APIS a través de sus componentes, potencia la coordinación con otros sectores sociales e institucionales.

Los ámbitos de vida cotidiana definidos a través del PAB son: el escolar –escuela–, barrial y comunitario –espacios públicos y organizaciones comunitarias–, laboral –espacios productivos–, institucional –espacios de protección y rehabilitación– y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS. Por medio de las actividades generadas en estos ámbitos se realizan actividades integradas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación; se realiza la gestión para vincular el sector salud con otros sectores del eje social; se promueve el desarrollo de la gestión institucional e interinstitucional y el posicionamiento político de los grupos organizados de la comunidad.

Los ámbitos en los que la APIS junto con salud pública articula con mayor fortaleza acciones intersectoriales son el familiar, el escolar y el comunitario. Por medio de éstos se ha logrado fortalecer las redes materno-infantiles, de discapacidad, del buen trato y los comités de atención primaria ambiental, comités para desplazados y los consejos locales de juventud.

La APIS en el ámbito familiar

La APIS trabaja en este ámbito a través del programa Salud a su Hogar. Por medio de éste realiza la caracterización de los hogares, viviendas y de su entorno en los micro territorios. A partir del análisis de la situación de salud se realizan actividades de intervención y seguimiento en salud mental, gestantes, discapacidad, infancia, vivienda saludable y actividades de vigilancia en salud pública.

Durante el período 2004-2007 Salud a su Hogar se vinculó y trabajó de manera activa en programas en los que se articulan acciones entre el sector salud y los demás sectores del eje social. Un ejemplo claro de esto es el programa de subsidios de habitabilidad en el cual, mediante convenios, se vinculan diferentes instituciones como la Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Hábitat, la Caja de Vivienda Popular, Metrovivienda, y las alcaldías locales. Por medio de estos convenios se brinda un subsidio para el "mejoramiento de las condiciones de vivienda



y de habitabilidad de las familias más vulnerables de Bogotá", se ejecutan obras tendientes a mejorar las condiciones básicas de salud, interviniendo prioritariamente baños, cocinas y condiciones de saneamiento básico de las vivienda. El valor del subsidio otorgado es de hasta 6.5 Salarios Mínimos Legales Vigentes, SMLV –$2.819.000 a precios del 2007–. Los potenciales beneficiarios fueron ochenta mil familias caracterizadas a través de Salud a su Hogar, quienes cumplían requisitos para aplicar al subsidio. En el año 2006 fueron otorgados 466 subsidios a familias ubicadas en los veinte territorios de Salud a su Hogar en la localidad de Bosa. En el año 2007 se proyectó beneficiar a mil familias ubicadas en los veintiún territorios de Salud a su Hogar de la localidad de Usme.

Como parte del convenio, se acordó que las diferentes instituciones realizarían un aporte que permitiera la concurrencia de esfuerzos y recursos –humanos y económicos– para el otorgamiento de dichos subsidios. Así por ejemplo, la Secretaría Distrital de Salud aporta asistencia técnica en saneamiento básico ambiental por medio del Proyecto 343; la Secretaría Distrital del Hábitat coordina y acompaña la definición de procedimientos para la asignación del subsidio; la Caja de Vivienda Popular brinda asistencia técnica en el mejoramiento requerido por unidad de vivienda; Metrovivienda aporta los recursos económicos para el subsidio y, finalmente, las alcaldías locales también aportan recursos económicos

para la asistencia técnica y social y para la identificación y verificación de las condiciones de habitabilidad de las familias potencialmente beneficiarias. En este sentido, con el subsidio de habitabilidad en los territorios de Salud a su Hogar se logra intervenir en uno de los factores de los determinantes sociales de la salud, como son las condiciones de habitabilidad y saneamiento de las viviendas, que tienen mayor importancia en problemas de salud tales como las enfermedades respiratorias agudas, la inseguridad nutricional, la diarrea, el parasitismo intestinal, la salud mental, entre otros (Krieger & Huggins 2002; WHO, 2005).

Otro de los proyectos en los cuales se ha coordinado el trabajo de los equipos de atención familiar y comunitaria de Salud a su Hogar con otros sectores es OIR Ciudadanía. Este programa es promovido por la Subdirección para la Identificación, Caracterización e Integración de la Secretaría Distrital de Integración Social. OIR Ciudadanía busca acercarse a los territorios con menor presencia institucional brindando formación y asistencia técnica para focalizar y priorizar personas y familias en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad que requieran de información y referenciación, aportando a su integración en la red de servicios sociales. Por medio de los equipos de atención de Salud a su Hogar se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las poblaciones que habitan los micro territorios a través de la disminución de barreras de acceso a la atención integral sectorial y transectorial y mediante el empoderamiento de la comunidad.

Durante las visitas extramurales, los grupos de Salud a su Hogar divulgan y citan a la población identificada para que participen de la estrategia de acercamiento e Identificación Poblacional y Territorial promovida por la Secretaría de Integración Social, SDIS. Dentro de las principales actividades de este trabajo intersectorial están la programación de reuniones periódicas para la planeación y coordinación del trabajo extramural y la definición conjunta de los territorios en mayor pobreza y vulnerabilidad que requieren de una mayor presencia institucional. El trabajo extramural tanto de la SDS como de la SDIS permiten remitir y contrarreferenciar a otros proyectos de la SDIS, la Registraduría Nacional y a otros sectores estatales. Las remisiones de OIR y SASH se realizan por medio de los formatos de la Secretaría de Salud que permiten visualizar los acompañamientos. Igualmente SASH realiza acompañamiento a las familias que ha referenciado y que están siendo atendidas por OIR.

La APIS en el ámbito escolar

En este ámbito la APS trabaja a través del programa Salud al Colegio –SDS, Documentos del programa Salud al Colegio– el cual se basa en los principios conceptuales, metodológicos y operativos de la APIS. Por medio de este programa, que fue lanzado en el año 2005 como Salud a su Segundo Hogar, se realiza identificación de necesidades, verificación de afiliación al SGSSS de los alumnos, encuentro de saberes, acompañamiento y planeación de sesiones educativas con docentes, sesiones informativas con padres de familia, detección de discapacidad cognitiva, remisión a servicios de salud y de otras instituciones del eje social –DABS, ICBF–, vigilancia nutricional y suministro de micro nutrientes, vigilancia en abuso sexual, violencia intrafamiliar y prevención de la explotación infantil. En esta experiencia se vinculan maestros, padres de familia, alumnos y sector salud.

Salud al Colegio también es una clara muestra del trabajo intersectorial por la salud, ya que surge a partir de un acuerdo entre las secretarías de salud y de educación para promover a los colegios como instituciones promotoras de calidad de vida. La experiencia se muestra como ejemplo de construcción colectiva transectorial porque aunque comienza con los sectores de educación y salud, está abierta a la participación de otros actores institucionales y no institucionales interesados en la promoción de la calidad de vida de la población escolar.



En esta propuesta se entiende el colegio como un escenario para el aprendizaje y como posibilidad para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida por tratarse de un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios sociales, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud. Con Salud al Colegio se busca mejorar las condiciones para la permanencia, aprendizaje y aprovechamiento del acceso a la escuela, además de promover, desde una lógica de derechos, la participación de las comunidades educativas en procesos de desarrollo individual y colectivo. Desde el enfoque de derechos, el mejoramiento de la calidad de vida tanto de la comunidad educativa como de las familias vinculadas al colegio, tiene la finalidad de promover el desarrollo de su autonomía favoreciendo las potencialidades individuales y colectivas.

Para la puesta en marcha del programa se desarrollan dinámicas de trabajo conjunto entre equipos interdisciplinarios de los hospitales de la red pública y grupos de gestores en cada colegio conformados por los diferentes actores de las comunidades educativas que trabajan orientados por planes de respuesta integral construidos participativamente. En desarrollo de su trabajo intersectorial, Salud al Colegio implementa la construcción de rutas de acción para los siguientes problemas: gestación en la adolescencia, violencia y abuso sexual, atención integral de población con necesidades educativas especiales: discapacidad, identificación y seguimiento a los escolares con déficit de peso, talla y otros estados de malnutrición, accidentalidad escolar, salud ocupacional de personal docente y administrativos de las instituciones educativas e institucionalización de centros de atención primaria dentro del ámbito escolar.

Las rutas constituyen una herramienta para fortalecer la capacidad de respuesta de las comunidades educativas a las necesidades sociales que marcan su cotidianidad. A través de ellas se busca fortalecer la capacidad de los actores sociales de las comunidades educativas en la identificación, canalización y seguimiento de situaciones cotidianas que limitan las posibilidades de aprendizaje y desarrollo de la población infantil y juvenil.

La APIS en el ámbito comunitario

En este ámbito la APIS trabaja con los equipos de atención en salud familiar y comunitaria de Salud a su Hogar, la oficina de atención al

usuario de las ESE, los equipos del PAB y las organizaciones comunitarias. Expresión de la acción intersectorial es la identificación de organizaciones y dinámicas sociales, gestión y movilización social, vigilancia epidemiológica comunitaria, desarrollo de jornadas de vacunación, celebración del día del niño y día del VIH/SIDA, realización de procesos de capacitación en la comunidad para promover condiciones favorables de vida cotidiana, fortalecimiento del componente nutricional de *Bogotá sin Hambre* por medio de los comedores comunitarios, la lactancia materna, la vigilancia nutricional y las prácticas de autocuidado con énfasis en salud oral.

Entre las iniciativas novedosas de trabajo intersectorial promovidas en este ámbito, se destacan los encuentros de calidad de vida y salud de niños y niñas, jóvenes, adultos y personas mayores con los cuales se espera fortalecer el tejido social de los grupos y organizaciones sociales y comunitarias. Estos encuentros permiten crear escenarios que dan a los miembros de la comunidad la oportunidad de reconocerse como sujetos en la interacción con otros con quienes se convive cotidianamente, o se comparte una identidad de la etapa del ciclo vital o una condición o interés común. Los encuentros cuentan con el acompañamiento del sector salud y de otros sectores y actores sociales. Pretenden visualizar las diferentes iniciativas de construcción colectiva o comunitaria que se desarrollan en los territorios para responder a las necesidades y determinantes sociales que de una u otra manera afecta la salud y calidad de vida de la población.

Las alcaldías locales juegan un papel muy importante en el trabajo intersectorial promovido por la APIS desde el ámbito comunitario, ya que brindan apoyo a las jornadas de gestión social integral y respaldan las jornadas de salud realizadas en algunos micro territorios.

Con el fin de promover la participación comunitaria, mejorar la representatividad y gestión comunitaria ante los procesos de planeación y toma de decisiones, la APIS ha impulsado nuevas formas organizacionales y de participación comunitaria como los Núcleos de Gestión. Éstos son conformados por organizaciones sociales y comunitarias que se reúnen para trabajar en conjunto con el sector salud identificando y priorizando los problemas de su localidad.

De igual manera, para promover la incidencia de las comunidades en las decisiones y la gestión de los gobiernos locales, la APIS ha mejorado

los canales de información entre la comunidad y los tomadores de decisiones de este nivel por medio de los coordinadores de SASH. Éstos transmiten a los gobiernos las necesidades identificadas en los núcleos de gestión durante las reuniones de gestión local realizadas por los hospitales en donde participan los ámbitos, las redes, los consejos territoriales y el comité de planeación local. Allí los coordinadores de SASH hacen propuestas que permiten articular acciones y complementar intervenciones. Otro de los canales usados para posicionar las necesidades de la comunidad en el nivel gubernamental es la participación de los referentes de los hospitales en los Consejos de Gobierno Local y en los Consejos Locales de Política Social, CLOPS. Dicha labor ha permitido posicionar políticamente los problemas identificados en zonas específicas y promover acciones conjuntas para resolverlos.

Algunas localidades han logrado vincular a diversas instituciones a las actividades de sus Núcleos de Gestión, entre algunos ejemplos están: la Policía Nacional, con la cual se han coordinado jornadas de capacitación sobre seguridad con los equipos de Salud a su Hogar; el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, IDRD, con el cual se han coordinado y desarrollado jornadas recreativas y actividades lúdicas a través de proyectos de enlace cultural; el Departamento Técnico Administrativo de Medio Ambiente, DAMA, por medio del cual se han identificado los riesgos ocasionados por animales, contaminación visual, polución del aire; la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias, DEPAE, para identificar y canalizar viviendas que se encuentran en zonas geográficas de alto riesgo no mitigable; con el acueducto y el consorcio LIME-Bogotá, para coordinar jornadas de limpieza de sumideros, quebradas y botaderos de basura.

Salas ERA: un programa con enfoque transectorial

La APS ha promovido la implementación de nuevos programas y estrategias tendientes a superar la complejidad del problema de la mortalidad infantil, entre ellos el del control de Enfermedades Respiratorias Agudas, ERA. Con este programa se pusieron en práctica las salas ERA, cuyo diseño se tomó a partir de la experiencia del programa que se adelanta en la ciudad de Santiago de Chile para contener la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas, IRA, en niños y adultos.

La propuesta distrital de las salas ERA se basó en el modelo de APS e integra los procesos de promoción de la salud, educación para la salud, protección de la vida, prevención de las enfermedades, atención curativa y rehabilitación, para garantizar el derecho a la salud. Por otra parte la propuesta de las salas ERA, que es una iniciativa sectorial y local, se fundamentó desde una perspectiva transectorial.

Las salas ERA contienen tres componentes o escenarios de articulación e intervención para contribuir y organizar la respuesta social frente al problema:

1. Un comité transectorial para la prevención de la enfermedad respiratoria. En este componente concurren el sector de movilidad, el Departamento Administrativo del Medio Ambiente, DAMA, la SDS, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto del Medio Ambiente, IDEAM, entre otros, los cuales impulsan el estudio a profundidad de los eventos y sus explicaciones incluyendo las exposiciones colectivas a contaminación del ambiente. También construyen agendas conjuntas con objetivos comunes y acuerdos de entendimiento entre los diversos sectores para intervenir integralmente el problema. Este comité se encarga de generar campañas de sensibilización colectiva, que produzcan en la sociedad una respuesta organizada, y establece procesos de control social y de veeduría ciudadana organizada donde los niños y adultos mayores sean protagonistas principales.

2. Cooperación técnica. Con este componente se busca integrar la experiencia de otras ciudades latinoamericanas con situación similar a la de Bogotá. Opera como un dispositivo para orientar acciones, potenciar los esfuerzos adelantados por la iniciativa de aire limpio liderada por el DAMA en la ciudad y sirve para interactuar con distintos centros de investigación y profesionales interesados en el tema y con la comunidad para incrementar el conocimiento colectivo del problema y sus soluciones.

3. Sostenibilidad financiera, para que la ciudad asegure la cooperación externa y la movilización de recursos para el desarrollo sostenible de esta propuesta.



Desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud, las salas ERA buscan reducir las barreras de acceso a la atención, garantizar la asistencia médica oportuna e integral por medio de Salud a su Hogar y la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, reducir las hospitalizaciones y las remisiones innecesarias a los servicios de los especialistas.

Las salas ERA están integradas a instituciones de salud de primer nivel de atención dotadas de elementos básicos de apoyo y funcionan en interrelación con los diferentes niveles de atención y aseguradores según la evaluación y la evolución que presente el niño atendido. Lleva involucrado un excelente sistema de referencia y contrarreferencia y una interrelación muy estrecha entre los diferentes profesionales de salud, que pueden participar en la atención a un niño con enfermedad respiratoria aguda.

Proceso de rectoría del sistema de salud en el marco de la APIS

Es importante resaltar que la rectoría ejercida por la Secretaría Distrital de Salud ha ocupado un lugar destacado en el proceso de formulación, implementación y seguimiento de la estrategia de APIS –dado que comprende la definición de la dirección estratégica de la misma en ausencia de una política y directriz nacional sobre la materia– y en la

regulación de las funciones y actividades de los prestadores de los servicios de salud y de las empresas aseguradoras, particularmente las del régimen subsidiado en salud, comprometidas con la implementación de la estrategia. El papel de rectoría también ha sido significativo para garantizar las fuentes de financiamiento del gasto sin duplicidades, promover su asignación en la dirección correcta y vigilar el equilibro financiero. Sin embargo, el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud parece estar fallando en materia de generación de incentivos para los actores del sector en orden a lograr los resultados en salud buscados y ha sido oscilante y generalmente limitada frente a las exigencias de regular a los aseguradores y la red privada de prestación de servicios para comprometerlos con el desarrollo de la estrategia.

El direccionamiento de las acciones de la SDS hacia la APS ha requerido la reorientación de la prestación de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, la promoción de la articulación de los servicios de salud pública con los de atención primaria, el desarrollo de un enfoque hacia las familias y las comunidades, el uso de datos consistentes para la planificación y la toma de decisiones y la creación de un marco institucional que incentiva la mejoría de la calidad de los servicios (OPS, 2005). La función rectora de la SDS permitió iniciar un proceso de desarrollo de capacidades del recurso humano encargado de la puesta en práctica de la APIS, de promover el empoderamiento, la participación y la movilización comunitaria, así como de aquél con funciones de gestión, coordinación y supervisión tanto en la SDS como en los hospitales de primero y segundo nivel. Este esfuerzo, sin embargo, parece no haber sido sostenido y ha estado afectado por la carencia de una política laboral que garantice estabilidad y adecuadas condiciones de trabajo del personal capacitado, principalmente en los niveles asistenciales y de coordinación.

Se han encontrado algunas otras dificultades para el ejercicio de la función de rectoría por parte de la SDS. De acuerdo con lo planteado por Arias (2007) en su estudio *La rectoría en el marco de Sistemas de Salud Basados en APS: el caso Bogotá, Colombia*, el equipo de alto nivel directivo de la Secretaría Distrital de Salud durante el período de gobierno 2004-2006 presentó cambios que pudieron afectar el direccionamiento estratégico de la APIS, lo que habría dificultado el desarrollo estable de su implementación. El cambio seguido de liderazgo en el nivel de dirección de la Secretaría del Distrito –cinco secretarios en un lapso de dos años en contraste con los períodos anteriores de gobierno donde hubo un secretario

de salud por período de alcalde o más– es un factor que pudo, además, haber dificultado la reorientación del sistema de salud hacia la APIS y por la APIS.

Si bien la regulación del comportamiento de los aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados se vio beneficiada por la inclusión en los contratos de aseguramiento, de prestación de servicios y de interventoría de cláusulas específicas en favor del logro de los atributos de la APIS por parte de estos actores, gran parte de los aseguradores del régimen subsidiado, todos los del régimen contributivo y muchos de los gerentes de los hospitales adscritos a la SDS y privados, no se comprometieron a fondo con las directrices de la misma.

Aunque el doble rol de actuar como "asegurador" para la población vinculada o no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y de contratante de los aseguradores para la población afiliada al régimen subsidiado, ha podido facilitar las funciones de rectoría de la SDS, se ha generado confusión frente a la comunidad en general, e incluso al interior de la Secretaría, por la ausencia de un marco normativo nacional y distrital comprometido con la implementación de la APIS como una política de Estado dado que el actual SGSSS no permite a la Secretaría Distrital avanzar con eficacia en la conducción del conjunto de la acción sectorial y en la vigilancia del aseguramiento.

Entre las limitaciones de la SDS para el avance de la APIS se evidencia también la poca claridad en los procesos de comunicación sobre lo que se pretendía lograr y cómo lograrlo puesto que los mensajes a la opinión pública y a los actores del sistema pudieron confundir sobre el sentido del programa Salud a su Hogar y la eficiencia en el uso de las fuentes de recursos para el financiamiento. En ocasiones quedó la sensación de que SASH representaba todo el alcance de la estrategia APIS y no se le supo ubicar en el imaginario colectivo como una primera fase de una estrategia que requería de desarrollos adicionales en otras dimensiones. Tampoco quedó claro en la opinión que no había duplicidad en el uso de recursos de financiamiento del gasto y la oposición a la estrategia pudo montar un debate artificial que amenazó el desarrollo de la misma.

De otra parte, es posible que la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud se haya debilitado en momentos de la fase de implementación cuando más fuerte debió ser su desarrollo debido a la invisibilización

que se hizo de la estrategia por actores fundamentales para la misma, como el alcalde de la ciudad en el momento, quien como consecuencia de la resistencia de la oposición vaciló y prefirió la gobernabilidad a la defensa clara del desarrollo de la APIS. A ello se sumó la poca capacidad de algunos actores institucionales para acompañar, monitorear y liderar los procesos de implementación de los programas que permiten el desarrollo de la APIS, así como la falta de claridad en el manejo de la transectorialidad y de la articulación entre la salud pública y la atención primaria a través de la APS. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, EPCVS, dependiente de la Dirección de Salud Pública, si bien ha ayudado a fortalecer la acción intersectorial por la salud bajo la forma de transectorialidad, apareció a los ojos de los operadores de la APIS y de las comunidades en las localidades como algo distinto, si no la competencia de la misma. De otra parte, la Secretaría Distrital de Salud ha podido hacer más en la transformación del modo de prestación de servicios, o del modelo de atención, apoyándose en los principios de la APIS. Sin embargo, una muestra de la falta de suficiente voluntad política para impulsar la transformación de la prestación de los servicios, centrándolo más en las personas, la familia y la comunidad, ha sido la ausencia de una orientación clara para involucrar a las UBAs, UPAs y CAMIs convencionales en el proceso de transformaciones organizacionales y de práctica de trabajo que impulsa el enfoque de APIS escogido para desarrollar en la ciudad.

Se considera un obstáculo fundamental para el desarrollo de la APIS el papel ausente del Ministerio de la Protección Social porque mina la rectoría, coordinación, liderazgo y apoyo técnico nacional para avanzar frente a los desafíos que impone la implementación de la APIS, así como para incentivar a la autoridad sanitaria territorial que asuma un rol más protagónico en el abordaje de asuntos relacionados con la garantía del derecho a la salud y, particularmente, en aquellos asuntos que no son de su competencia directa. Así mismo, la carencia de una política pública nacional que obligue a las EPS e IPS privadas a orientarse hacia la APIS debilita aún más el papel de rectoría, dado que tanto las EPS como las IPS privadas continúan desarrollando modelos de atención centrados en la curación y el control de costos que no han permitido una correcta articulación de las actividades e intervenciones en el marco de la APIS.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (2004). *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud/Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito. (2004). *Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes 2004-2008*, Bogotá D. C.

Alcaldía Mayor de Bogotá/DAPD, Departamento Administrativo de Planeación Distrital. (2004). *Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá, 2004-2008. Bogotá sin Indiferencia. Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión*, Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004.

Arias, N. L. (2007). *La rectoría en el marco de sistemas de salud basados en APS. El caso Bogotá, Colombia*, Bogotá, Fundación Santa fe de Bogotá.

Curitiba. (2000). *Instituto Municipal de Administração Pública 2000. Modelo de gestão Curitiba*, IMAP, Curitiba.

Krieger, J. & Huggind, D. L. (2002). "Housing and Health: Time Again for Public Health Action", en *Am J Public Health,* 92 (5), pp. 758-768.

Public Health Agency of Canada. (2007). *Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*. Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, EQUINET. Cat. No. HP5- 45/2007E-PDF.

WHO, World Health Organization. (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*. Report to the International Conference 20-23 April 1997. Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organization, Geneva.

_____. (2005). *A Billion Voices: Listening and Responding to the Health Needs of Slum Dwellers and Informed Settlers in the New Setting*, WHO, Kobe, Kobe Center.



Estudio de caso: la Atención Primaria Integral de Salud en Suba

Naydú Acosta Ramírez

Características de la formulación de la estrategia y avances en su implementación

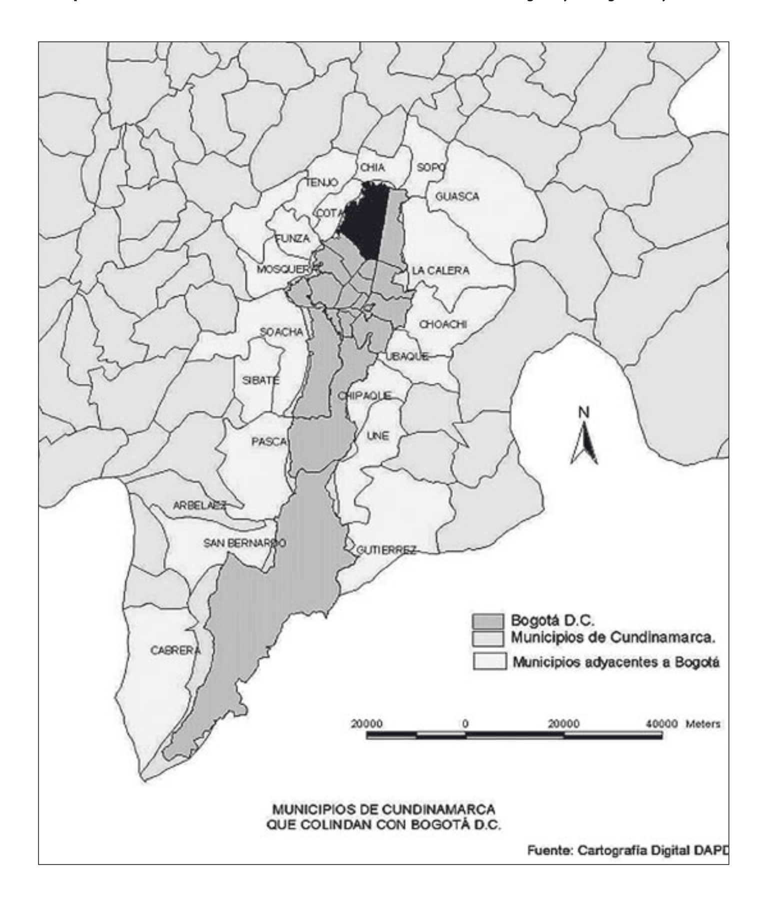
Siguiendo el enfoque de la Política Distrital de Salud del 2004, el Hospital de Suba II nivel ESE –Empresa Social del Estado– se considera una experiencia exitosa y pionera en la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, en la localidad 11 de Bogotá[1]. Es por ello que guiados por el marco lógico canadiense de evaluación de los sistemas basados en APS (Watson *et ál.*, 2004), inicialmente se presentan los factores de contexto social y político que condicionan tanto el desarrollo como los resultados de la estrategia. Además, acorde con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2007) sobre los elementos esenciales de los sistemas de salud basados en APS –en el marco de su renovación–, también se presentan los componentes tanto estructurales como funcionales del modelo de APIS que se desarrolla en la localidad 11 de Suba. Dentro de los primeros se incluyen las características que guían el modelo filosófico conceptual adoptado para la localidad, mientras que

[1] Las localidades son unidades político administrativas del Distrito Capital, dirigidas por alcaldes locales –elegidos por el Alcalde Mayor del Distrito– y las Juntas Administradoras Locales, las cuales son conformadas por representantes elegidos por voto popular de los diversos barrios y sectores de una localidad.

en los segundos se encuentran las características de diseño operativo y su posterior implementación.

El contexto político y social. La localidad de Suba fue considerada en situación de emergencia social por contar con un 34,1 por ciento de los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza, acorde con los hallazgos de la Encuesta de Calidad de Vida (Alcaldía Mayor, 2003), los cuales corresponden a un volumen importante de la población de Bogotá ya que Suba ocupa el cuarto lugar por extensión territorial y el segundo en población con un total de 911.925 habitantes (DANE, 2005). En las últimas décadas la localidad presenta una rápida expansión urbana y un acelerado crecimiento en magnitud poblacional, pasando de suelos de uso predominantemente agrícola a uso residencial y comercial. Este

Mapa No. 1. Ubicación de la localidad de Suba en relación con Bogotá y la región adyacente



crecimiento demográfico también se debe al desplazamiento forzado por los conflictos internos del país, registrándose para el año 2006 un total de seis mil ochocientos desplazados de acuerdo con la Unidad de Atención para esta población en la localidad (Lozano, 2007).

Dentro de los factores de contexto identificados en un análisis situacional realizado con técnicas multimétodos[2], una particularidad relevante en la implementación de la estrategia de APIS en Suba es una estructura de gobernanza[3] caracterizada tanto por la voluntad política y el apoyo económico del Gobierno Local, como por el decidido apoyo de la comunidad, propiciado por el liderazgo del sector salud representado por el Hospital de Suba (Acosta & Vega, 2008). Esta situación se evidencia en la asignación de recursos en el Plan de Desarrollo Local 2005-2008 y la ejecución de recursos del Fondo de Desarrollo Local para diversos programas de atención integral, los cuales, por ejemplo en 2007, sumaban un monto de $2.033 millones distribuidos en catorce proyectos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 1. Asignación de recursos del Fondo de Desarrollo Local para programas de APS, Suba-2007

Componente	No. de proyectos	Objetivo	Valor (millones de pesos)
Adulto mayor	2	Atención integral y vacunación.	$298
Jóvenes	4	Suba al parche – control de psicoactivos – gestantes -salud oral y visual.	$331
Infancia	3	Vacunación – niño, programa Hogares FAMI del ICBF.	$698
Comedores y desplazados	3	Comedores - desplazados – atención psicolegal.	$361
Discapacidad	2	Atención integral: bonos nutricionales.	$342
Total	14		$2.033

Fuente: Moreno & Quintana (2007). Diagnóstico local de salud con participación social. Localidad 11, Suba. Documento de trabajo.

2 Detalles del diseño y resultados de esa investigación, los cuales se retoman y amplían en este capítulo, están publicados en la revista *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 7, número 14, de 2008. El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, en la Localidad de Suba, Bogotá, Colombia.

3 De acuerdo con las definiciones de Mayntz (2001), gobernanza corresponde a las interacciones entre gobernantes y gobernados para afrontar las diversas problemáticas sociales y concertar sus correspondientes soluciones.

El modelo filosófico conceptual. La estrategia de APIS adoptada en Suba se fundamenta en los siguientes valores, principios y elementos: accesibilidad, equidad, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía, la integralidad de la atención, la continuidad, la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios y la eficiencia (Lozano, 2007). Es el énfasis en estos dos últimos principios mencionados, la diferencia fundamental del modelo de Suba en relación con el modelo Distrital (Vega *et ál.*, 2008), los cuales le imprimen la característica de un enfoque de gerencia social que gira en dos ejes: satisfacción de las necesidades y expectativas de su población y búsqueda del uso eficiente de recursos y sostenibilidad financiera mediante la consecución activa de fuentes de financiamiento, planeación, control financiero y priorización del gasto. Las estrategias para lograr la calidad involucran tanto al cliente externo como al interno, mediante el fomento de una cultura encaminada al autocontrol y la autodisciplina, el desarrollo del sistema de control interno, la estandarización de procesos y el desarrollo del sistema de garantía de la calidad.

Otra particularidad de la adopción de la APIS en Suba es que ésta se basa conceptualmente en un Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cual se concibe como la forma de aplicar las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, en lugar de centrarse exclusivamente en los individuos y sus enfermedades específicas. Este modelo establece una visión multidimensional y biosicosocial de las personas, e implica la provisión continua y coherente de la atención médica con acciones intersectoriales que fomenten la calidad de vida e incluyan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de mejorar el estado de salud y fomentar el pleno desarrollo de las capacidades y autonomía de la población.

El modelo operativo y su implementación. Con respecto a las características del modelo operativo y la implementación de la estrategia de APIS en Suba, se destaca la progresiva reorganización y reorientación de los servicios de salud con los siguientes elementos:

1. Creación de siete centros de atención primaria –con apoyo en infraestructura de las juntas de acción comunal– y una unidad móvil, que fortalecen su red ambulatoria tradicional que hasta el 2004 estaba conformada por sólo cinco instituciones de atención de baja complejidad.



2. Conformación de equipos multidisciplinarios en los cuales, si bien es preponderante la participación del personal de salud tradicional de los equipos de atención –quince equipos conformados por médicos, enfermeras, auxiliares y un total de cien promotores para atender un promedio de mil doscientas familias–, también se integra a otros profesionales de las ciencias sociales y de la salud –trabajadoras sociales, técnicos de ambiente, psicólogos, antropólogos, entre otros–, para la atención de las problemáticas definidas como prioritarias y los grupos más vulnerables –por ejemplo, los grupos étnicos, desplazados, discapacitados, etcétera–.

3. Definición de programas de atención integral por ciclo vital, los cuales buscan restablecer las capacidades y autonomía de la población, con servicios de promoción, prevención, recuperación de la enfermedad y rehabilitación, participación y organización social, dirigidos a infantes, escolares, adultos y personas mayores.

4. Creación de grupos funcionales: atención integral a la familia, ambiente y entorno saludable. Se encargan de la identificación, seguimiento y atención de las problemáticas de salud de los individuos, sus familias y del entorno territorial en que esos habitan, mediante la definición y ejecución de planes de atención individuales, familiares y territoriales.

5. Mejoramiento de componentes estructurales de la ESE, con énfasis en el sistema de información y comunicación, definición de rutas de atención para la derivación de pacientes a otros servicios sociales y de salud –por ejemplo, a los centros educativos públicos cuando se identifican niños desescolarizados– y estandarización de procesos de gestión operacional de la ESE, dentro de los procesos del sistema de garantía de calidad y acreditación institucional.

Teniendo en cuenta que los servicios de APS no están en un sólo centro, la ESE Hospital de Suba inició –con apoyo de la Secretaría Distrital de Salud– diferentes proyectos para el mejoramiento de la sistematización de la información y la conectividad entre los centros, la red de computadores en los diversos puntos de atención del hospital y la implementación de un aplicativo de sistematización denominado AXIOMA. Se trata de un sistema desarrollado en tecnología web que soporta los procesos administrativos y asistenciales de la institución a partir de la historia clínica del paciente, con el propósito que se reflejen todos los servicios practicados en la institución donde éste asiste. Por otra parte, se ha fortalecido un sistema de información enfocado en el seguimiento de los resultados e impacto del modelo de APS en las condiciones de salud de la población de la localidad, mediante un proceso concertado y participativo entre funcionarios del Hospital de Suba y los investigadores del estudio de caso de



Suba, con el cual se logra la revisión y definición de un conjunto básico de indicadores relevantes para el monitoreo y evaluación del desarrollo de la APS en la localidad, los cuales cuentan con fichas técnicas y están en proceso de implementación. En cuanto al sistema de comunicación, la ESE Hospital de Suba cuenta con un *call center* para asignación de citas e información a los usuarios, el cual tiene una amplia efectividad en la asignación de citas –68 por ciento del total de llamadas recibidas–, como se muestra en los resultados de su operación para el primer semestre del 2007, que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 2. Indicadores para el *call center* de atención al usuario de la ESE Hospital de Suba, I semestre de 2007

Servicio de Portal de Atención al Usuario				
Mes	**Llamadas atendidas**	**Llamadas abandonadas**	**Citas asignadas**	**Total llamadas**
Enero	8.136	8.288	11.100	16.424
Febrero	15.121	4.315	12.848	19.436
Marzo	11.439	5.118	10.645	16.557
Abril	10.745	5.357	10.565	16.102
Mayo	11.395	6.414	12.355	17.809
Junio	9.763	5.439	11.119	15.802
Total semestre	66.599	34.931	68.632	101.530

Fuente: Acosta *et ál.* (2007). Análisis situacional y de la experiencia de implementación de la estrategia de APIS en la localidad de Suba. Informe final. Proyecto de Investigación: Revitalizando Salud para Todos: aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud, APIS, Fase I. Convenio Interinstitucional No. 650 entre la PUJ, SDS y Hospital de Suba.

Se destaca cómo otra de las características distintivas de la operación de la estrategia de APIS en Suba es el gran énfasis en la integralidad de la atención y la acción coordinada intra e interinstitucional, a través de la conformación del "Complejo de Atención Primaria" y el desarrollo de la gestión social integral. Así, la perspectiva funcional se caracteriza porque enmarca todas las acciones e intervenciones ofrecidas por la ESE Hospital de Suba en el territorio para la atención de las necesidades de salud de su población, sin diferenciar los conceptos técnicos actuales conocidos como I y II nivel de atención, por el contrario las actividades e intervenciones se presentan como complementarias. A su vez, de acuerdo con las necesidades sociales identificadas en los territorios, se pueden involucrar y

activar las diversas redes y organizaciones sociales y comunitarias de los territorios, mediante un trabajo intersectorial coordinado con el Gobierno Local.

Un mecanismo fundamental desarrollado en la localidad para propiciar la intersectorialidad es la definición de rutas de atención y formatos de notificación para casos específicos que requieren acciones en otros sectores, tales como los menores trabajadores, deterioro ambiental, menores desescolarizados, los cuales después de ser captados son remitidos para su correspondiente intervención. Se destaca especialmente la articulación con OIR Ciudadanía, proyecto de la Secretaría Distrital de Bienestar Social para la orientación, la identificación y canalización de casos a las diferentes instituciones que proveen servicios sociales en la localidad, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, Secretaría de Educación, Caja de vivienda popular, Metrovivienda, entre otras.

Por otra parte, en Suba los actores sociales se integran en los micro territorios de las zonas de condiciones de vida vulnerables en espacios denominados Redes Promocionales de Calidad de Vida y Salud, y los llamados Núcleos de Gestión, los cuales son un espacio de concertación, participación, planeación, retroalimentación y seguimiento de las necesidades, problemáticas sociales y las intervenciones implementadas. En estos espacios participan representantes de las familias, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias, instituciones sociales resaltándose el trabajo persistente de las juntas de acción comunal, las madres comunitarias, las asociaciones de usuarios y el Comité de Participación Comunitaria, COPACO.

Es por esto que se considera que el modelo operativo adoptado para la estrategia de APIS en la localidad de Suba difiere del modelo distrital en el gran énfasis en la integralidad, y en la acción coordinada institucional y con otros sectores sociales. Así, en el modelo distrital y en diversas localidades de Bogotá se fomenta y tiende a limitar la estrategia de APS a la operación de los equipos de salud aislados –Salud a su Casa–, con intervenciones fundamentalmente en caracterización de las familias y territorios, con seguimiento de actividades de promoción y prevención y acciones colectivas, con lo cual se imprime un carácter selectivo al enfoque de APS.

Logros y resultados de la estrategia de APIS en Suba

En Suba la implementación de APIS ha logrado importantes avances en caracterización territorial, identificación de grupos prioritarios, su seguimiento y atención con servicios integrales de salud. Así, se logra la meta en cobertura de setenta micro territorios, con caracterización de 84.270 familias –un total de 242.646 individuos– entre los años 2004 y 2007, lo que corresponde al 100 por ciento de las zonas más pobres y vulnerables –perteneciente a los estratos 1 y 2, los más bajos por clasificación socioeconómica–. Esta población pertenece a familias que debido a sus condiciones económicas, en un 51 por ciento habitan en viviendas en arriendo y es frecuente la presencia de inquilinatos (Moreno & Quintana, 2007). De esta manera se encuentra una alta movilidad de la población, lo cual se atribuye como una de las condiciones que dificultan el seguimiento de las poblaciones priorizadas.

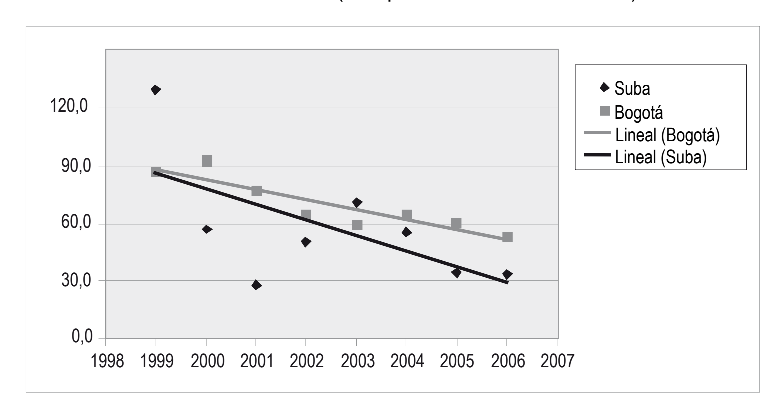
Dentro de los grupos prioritarios intervenidos con la estrategia de APIS se destacan las acciones con discapacitados, desplazados y el enfoque de etnias (Lozano, 2007). De acuerdo con el censo realizado en la localidad en el año 2005, fueron identificadas 7.535 personas discapacitadas, las cuales se integraron en programas de rehabilitación basada en la comunidad, que incluye la asesoría domiciliaria, estimulación adecuada y acondicionamiento físico, con una cobertura del 21.9 por ciento de esa población en 2006. Se desarrollaron acciones para cuidadores, organizaciones y formación de agentes de cambio comunitarios, además de una olimpiada deportiva. También se realizaron acciones orientadas hacia la productividad, mediante capacitaciones en proyectos de vida, promoción de la vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector formal, ofreciendo como valor agregado el servicio de valoración ocupacional a las entidades involucradas y comprometidas con la vinculación.

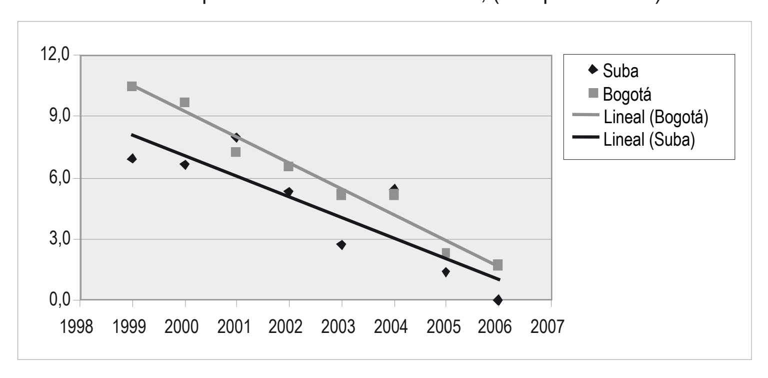
Por otra parte, según los reportes de la Unidad de Atención a Desplazados, se registraron seis mil ochocientos en el año 2006 en la localidad, de los cuales el 48.52 por ciento han sido intervenidos a través de los proyectos de atención integral, que incluyen intervenciones como proyecto de vida, ferias empresariales y servicios médicos de promoción y recuperación de la salud. A su vez, también se ha implementado un enfoque diferencial de etnias, dirigido a los indígenas –543 personas que pertenecen al resguardo y comunidad muisca asentado en la localidad– y

afrodescendientes –223 individuos–, identificados en la caracterización de los micro territorios más desfavorecidos por condiciones socioeconómicas. El programa incluye capacitación a los promotores, georeferenciación para la ubicación de los grupos y canalizaciones para los servicios integrales de salud.

Con respecto a cambios en indicadores de salud sensibles a APS, se encuentra una disminución progresiva predominantemente en la mortalidad por EDA en menores de cinco años y la mortalidad materna, que sí bien es coherente con la tendencia distrital, en Suba esa tendencia decreciente es más marcada en relación con la de Bogotá, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 1. Tendencia de la mortalidad evitable por indicadores seleccionados, Suba-Bogotá 1998-2007



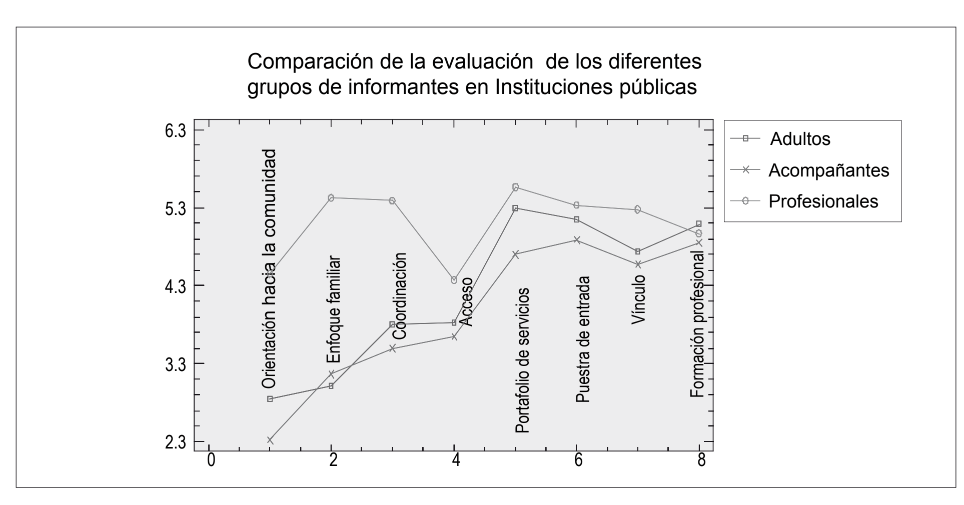


Fuente: Hospital de Suba. Informe de seguimiento a indicadores de la situación en salud frente a la estrategia de Atención Primaria de Salud en la localidad de Suba 2003-2007.

Si bien el descenso es más marcado a partir del 2003 y se presenta un coeficiente de determinación alto –R2 de 0,49 para la mortalidad materna y de 0,61 para la mortalidad por EDA en menores de cinco años–, no se cuenta con información desagregada específica que permita asociar los cambios a los territorios en los que se concentra la estrategia de APS.

A su vez, un estudio del desempeño del Hospital de Suba en el logro de los principios de APS, realizado mediante un estudio cuantitativo comparativo entre instituciones públicas a cargo de la estrategia APIS e instituciones privadas que no la desarrollan, mediante una adaptación de un método de encuesta de evaluación rápida diseñado por Barbara Starfiel y validado en Brasil (Almeida & Macinko, 2006), el cual involucra las percepciones de usuarios, profesionales, coordinadores de la estrategia, ha revelado que hay importantes logros en el desempeño de los principios de APS, principalmente en integralidad del portafolio de servicios, para la cual hay una diferencia significativa a favor del sector público a cargo de la estrategia de APIS en la localidad (Martínez *et ál.*, 2009). No obstante, también se destaca por presentar la menor calificación el desempeño en el enfoque familiar y participación comunitaria desarrollado por el Hospital de Suba-ESE. Además, un hallazgo notorio es que se encuentra que los servicios son mejor evaluados por aquéllos que proveen los servicios –profesionales–, en relación con los usuarios que reciben los servicios, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 2. Evaluación del desempeño en los atributos de APS desde la perspectiva de usuarios y profesionales, Suba-2007



Fuente: Martínez J., Gómez R., *et ál.* Evaluación rápida del desempeño de los atributos de APS en Suba. Informe final. Suba, 2008.

Un análisis causal y concertación de propuesta de intervención para enfrentar las deficiencias en el desempeño de los atributos de APS, encontró que en cuanto a la orientación a la comunidad, la cobertura de los mecanismos de participación son limitados y programas como el de Salud al Colegio tienen una cobertura limitada por la restricción de recursos disponibles, por lo tanto se requiere fomentar una mayor visibilidad y expansión de los mecanismos de participación existentes. Además, se requiere mejorar y rediseñar las estrategias enfocándolas hacia el empoderamiento de la población, ya que un estudio realizado con técnicas cualitativas sobre la experiencia de participación en la localidad también muestra que existe institucionalización e instrumentalización y la participación comunitaria es utilizada para legitimar discursos, programas, planes y prácticas institucionales, sin lograr un adecuado empoderamiento comunitario (Restrepo *et ál.*, 2008).

Con respecto al enfoque familiar, se encuentra que éste puede ser limitado por elementos estructurales como la rotación del recurso humano por las condiciones de contratación –baja remuneración e inestabilidad– y factores funcionales como el tiempo adicional requerido en la consulta de primera vez para herramientas críticas como el familiograma. Por lo tanto, se plantean interrogantes como: ¿cómo lograr recursos para el tiempo adicional requerido para el enfoque familiar y para mejorar la permanencia del personal de salud?

Por otra parte, otro desafío es la sostenibilidad de la estrategia de APIS en la localidad, como lo revela una evaluación económica de la implementación de la estrategia de APS en Suba, que se presentará con mayor detalle en el capítulo 12 de esta compilación, la cual muestra que si bien la estrategia es costo efectiva –al disminuir la mortalidad evitable y obtener ganancias en años de vida a un costo aceptable–, no hay condiciones de sostenibilidad, ya que los mecanismos de contratación y pago privilegian las acciones resolutivas como la hospitalización, ésta se disminuye con la estrategia y actualmente es una de las fuentes de ingreso preponderantes del Hospital de Suba que ejecuta la estrategia de APIS (Chicaiza & García, 2008).

Discusión y conclusiones

Existen renovados bríos por hacer de la APS con enfoque integral una de las estrategias centrales de las políticas pro-equidad para la

organización de los sistemas de salud sostenible, que respondan a las necesidades y retos de salud de las poblaciones, como se encuentra en la Declaración de Montevideo que promulga una renovación de la APS (PAHO, 2005) y el reciente *Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* (WHO, 2008).

La Atención Primaria Integral de Salud, APIS, es una estrategia que ha demostrado ser efectiva, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud en la medida en que contribuye a enfrentar los determinantes sociales de éstas mediante la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria (Starfield *et ál.*, 2005). En los sistemas de salud basados en APS se han constatado mejoras en los indicadores de mortalidad evitable en niños y adultos –como la asociada a enfermedad diarréica y respiratoria, mortalidad materna y postneonatal–, disminución de las disparidades entre grupos de población por el énfasis y las mejorías de salud para los más deprimidos, menores tasas de hospitalización y atención especializada y, en consecuencia, una disminución global del gasto en salud (Macinko *et ál.*, 2003). En el ámbito nacional, un estudio reciente de la estrategia de APS en Bogotá, demuestra resultados positivos en indicadores de equidad que miden disparidades en salud (Mosquera *et ál.*, 2008).

En nuestro contexto, la implementación de una estrategia de APS con enfoque integral para garantizar el derecho a la salud y mejorar la protección social con principios y valores centrados en la accesibilidad, integralidad y equidad, es una alternativa que puede ser desarrollada para afrontar la fragmentación y segmentación de la atención de salud para la población entre diversos actores, en el marco de un sistema de salud basado en el mercado como el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, el cual no logra una adecuada coordinación para la provisión de diversos conjuntos de servicios. Sin embargo, en Colombia se constituye en un desafío el superar las barreras identificadas para la implementación efectiva de la APS, las cuales tienen que ver principalmente con la transformación del sistema de salud en el cual persiste un enfoque asistencial individual y de mercado, y dirigirlo hacia uno con criterio de equidad y promoción de la salud orientado a la familia y la

comunidad; así como también son retos el contribuir en la superación de la fragmentación del sistema, la indiferencia política, la concentración de responsabilidades sobre el sector de la salud, el énfasis persistente en los programas verticales, la generación y utilización inadecuada de información local y la escasa inversión en recurso humano, entre otras dificultades. En todos éstos se encuentran implicados varios actores sociales que deben participar. Específicamente el sector académico tiene un rol trascendental aportando tanto con investigación pertinente sobre esta área de interés, como contribuyendo con formación de recurso humano con perspectivas de salud y de gestión en salud pública más amplias que propendan por el mejoramiento equitativo de las condiciones de salud de la población y fomente sociedades más incluyentes.

Referencias

Acosta, N. & Vega, R. (2008). "El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, en la localidad de Suba, Bogotá-Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 7 (14), pp. 125-144. Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/revgpsalud14.html

Acosta, *et ál.* (2007). *Análisis situacional y de la experiencia de implementación de la estrategia de APIS en la localidad de Suba*, informe final, proyecto de investigación "Revitalizando Salud para Todos: Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud, APIS" Fase I. Convenio Interinstitucional No. 650 entre la Pontificia Universidad Javeriana, la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital de Suba.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2003). *Por un compromiso social contra la pobreza en Bogotá. Bogotá: UNDP, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.sdp.gov.co/www/resources/vff_documento_politica_social_luis_garzon.pdf

Almeida, C. & Macinko, J. (2006). *Validação de Uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Série técnica 10. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, Brasil, OPAS/OMS, Ministério da Saúde, pp. 72-73, 122.

Chicaiza, L. & García, M. "Evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de Atención Primaria en Salud, APS, en la localidad de Suba de Bogotá-Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 7 (14), pp. 110-1119. Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/revgpsalud14.html

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Boletín del Censo General 2005. Perfil localidad Suba-Bogotá, 2007.* Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/bogota/suba.pdf

Hospital de Suba. (s.f.). *Informe de seguimiento a indicadores de la situación en salud frente a la estrategia de Atención Primaria de Salud en la localidad de Suba 2003-2007.*

Lozano. (2007). *Informe de gestión 2004-2006*, Bogotá, Hospital de Suba II nivel-ESE.

Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L. (2003). "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within OECD Countries, 1970-1998", en *Health Services Research,* 38, (3), pp. 819-853.

Martínez, J., Gómez, R., *et ál.* (2008). *Evaluación rápida del desempeño de los atributos de APS en Suba*, informe final, Suba.

Mosquera, P. A., Granados, G. & Vega, R. (2008). "La estrategia de Atención Primaria en Salud, APS, para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud", en *Revista Gerencia y políticas de salud,* 7, (14), pp. 125-144. Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/revgpsalud14.html

Mayntz. (2001). "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia,* 21. Recuperado el 12 de noviembre de 2008, en www.inau.gub.uy/biblioteca/mayntz.pdf

Moreno Talero, A. G. & Quintana, J. V. (2007). *Diagnóstico local de salud con participación social. Localidad 11, Suba*, documento de trabajo.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*, Washington D. C., OPS/OMS.

PAHO, Pan American Health Organization. (2005). *Declaration of Montevideo: Regional Declaration on New Orientations for Primary Health Care*. Pan American Health Organization resolution CSP26.R19, 46th Directing Council, 57th Session of the Regional Committee.

Restrepo Vélez, O., *et ál.* (2008). *Análisis y síntesis de evidencias disponibles sobre la experiencia de Participación y Empoderamiento Comunitario, PEC, propiciado por la estrategia de Atención Primaria en Salud, APS*, resultados preliminares, presentación del 20 de febrero del 2008.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *Milbank Q,* 83, pp. 457-502.

Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A. & Restrepo Vélez, M. O. (2008). "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de Atención Primaria Integral de Salud", en *Revista Medicina Social,* 3 (2), pp. 148-169. Recuperado en http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/207/412

Watson, D., Broemeling, A., Reid, R. & Black, C. H. (2004). *A Results-Based Logic Model for Primary Health Care*, Vancouver (Canada), Centre for Health Services and Policy Research, in the University of British Columbia.

WHO, World Health Organization. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health - Final Report*, Geneva, WHO. Recuperado en www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html



Evaluación de los atributos de la APIS en la localidad de Suba

Naydú Acosta Ramírez

El análisis de las características organizacionales y el desempeño de los sistemas de salud en el logro de los atributos de la atención primaria es uno de los temas centrales de diversos investigadores y tomadores de decisiones interesados en facilitar la expansión y desarrollo de la APIS (Macinko, 2004; Almeida, 2006), considerada una prioridad para las autoridades sanitarias como lo confirma el reciente informe de la OMS (2008). En dicho informe se reconoce que el asumir estrategias y enfoques basados en la atención primaria, propicia que se configuren sistemas de salud más equitativos, integradores y justos y ha demostrado que se alcanza de una mayor eficacia al lograr importantes mejorías en las condiciones de salud de la población, como previamente lo han expuesto diversos estudios en diferentes países y contextos sociales (Starfield, 2005; Macinko, 2003).

Tanto en países desarrollados como en desarrollo, que tienen sistemas de salud basados en APS, han constatado mejoras en los indicadores de mortalidad en niños y adultos –particularmente causas evitables–, disminución de las disparidades entre grupos de población con énfasis en las mejoras en los más deprimidos, disminución de costos de servicios de atención, menores tasas de hospitalización y atención especializada y disminución global del gasto en salud (Macinko, 2003). Un ejemplo cercano con evidencias recientes de la eficacia y validez de la implementación de la APS en la región lo constituye Brasil, un país que desde mediados

de 1990 ha implementado un sistema de salud unificado basado en una estrategia de APS con agentes comunitarios denominado el "Programa de Salud Familiar-PSF", con el cual se ha logrado disminuir la mortalidad infantil de 49.7 a 28.9 por mil nacidos vivos entre 1990 y 2002 (Macinko, Guanais, *et ál.*, 2006), asociados a una amplia cobertura del PSF la cual se estima cercana al 60 por ciento de la población (Macinko, De Souza *et ál.*, 2007).

Estos importantes logros en los sistemas de salud basado en APIS, que a su vez son un aporte en la mejoría de la salud de la población, se atribuyen a sus principios y atributos fundamentales, los cuales comprenden garantizar servicios de salud ajustados a las necesidades de la población, con cobertura universal y equidad; prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención y en la promoción; y garantizar la atención continua del paciente desde el primer contacto. Además, al considerar las necesidades y características de las familias y las comunidades como la base para su planificación y puesta en práctica, un elemento primordial de la APIS es fomentar una amplia participación social con empoderamiento comunitario y la búsqueda de intersectorialidad con modelos y acciones integrales de salud que afecten los complejos determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

La Atención Primaria Integral de Salud, APIS, ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales de éstas mediante la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y el empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria (Starfield, 2005).

Es en este contexto que surge la relevancia de desarrollar análisis específicos del desempeño de los sistemas e instituciones de prestación de servicios en el logro de los atributos propios de la APIS, tales como una adecuada puerta de entrada, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, intersectorialidad y participación comunitaria. En este sentido, recientemente se ha aplicado y validado en Brasil (Macinko, Almeida *et ál.*, 2007) una metodología de evaluación rápida inicialmente propuesta por Barbara Starfield, la cual comprende encuestas a los

principales actores de la APIS: usuarios, profesionales a cargo de la prestación de servicios, coordinadores y decidores de los programas de atención primaria.

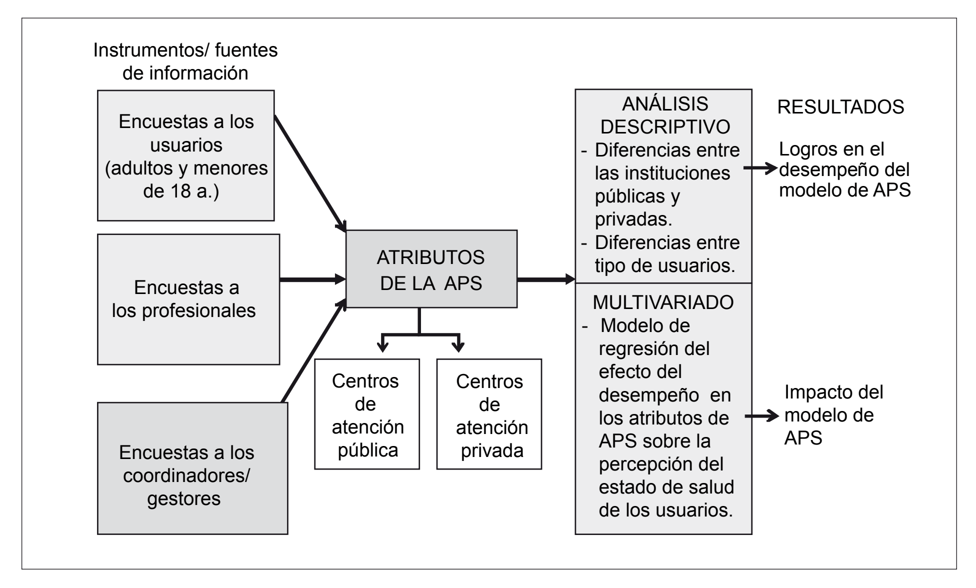
La metodología de evaluación rápida corresponde a un estudio de tipo cuasi-experimental, basado en el análisis comparativo entre poblaciones intervenidas y no intervenidas. En otras palabras, se contrastan las percepciones de los actores de la estrategia de APIS, contra las percepciones de aquéllos relacionados con instituciones que proveen servicios de salud similares, pero de manera tradicional y que no emplean los valores de la estrategia de APIS. El fin último es obtener evidencias y elementos de análisis sobre los aciertos y deficiencias en la implementación de los atributos de la APIS con el fin de fomentar el desarrollo de aquellas áreas con avances exitosos, e identificar las que requieran correctivos que permitan finalmente a los sistemas sanitarios contribuir con el mejoramiento equitativo de las condiciones de salud de la población.

La técnica para la recolección de la información corresponde a una encuesta con cuestionarios estructurados de preguntas con respuestas cerradas que se aplica por entrevista directa en las instituciones de salud, con el fin de lograr captar las percepciones de los individuos basadas en las experiencias previas o contactos con los servicios de salud de los informantes. Esta estrategia tiene como ventaja la disminución de tiempo y costos de recolección y evita la problemática de búsqueda en los hogares de las personas; sin embargo, la desventaja es que no recoge las experiencias de los individuos que no acuden a los servicios y que pueden haber tenido barreras para la atención sanitaria.

El cuestionario contiene entre noventa y cerca de cien preguntas específicas que valoran los diversos atributos de la APS de acuerdo con los planteamientos desarrollados por Barbara Starfield (2001): primer contacto, accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación a la comunidad y formación profesional. Las respuestas corresponden a una escala valorativa preestablecida, de tipo Likert, en un rango de 1 a 6, la cual tiene como opciones: (1) nunca 0 por ciento; (2) casi nunca 1-20 por ciento; (3) algunas veces 21-40 por ciento; (4) muchas veces 41-60 por ciento; (5) casi siempre 61-80 por ciento y (6) siempre 81-100 por ciento. De la misma manera, la escala establece la opción "no sabe".

Para el análisis se construyen índices que agrupan las respuestas de las preguntas específicas de los diversos atributos de la APIS mencionados, y además se construye un índice general que califica el desempeño global. El proceso de análisis comprende dos etapas, de las que la primera es el componente descriptivo del desempeño en los atributos de APS, mediante el análisis de las diferencias en el índice de desempeño por cada grupo de atributo y las diferencias en el índice total, entre las instituciones intervenidas y no intervenidas con la estrategia de APIS, para cada uno de los tipos de entrevistados: usuarios, profesionales, coordinadores, decidores o gestores. La segunda etapa corresponde al análisis multivariado, dirigido a evaluar el impacto de la APIS, se realiza mediante un análisis de correspondencias múltiples y un modelo de regresión que evalúa el efecto de la calificación del índice de desempeño en los atributos de APS sobre el estado de salud referido por los usuarios. Un ejemplo de aplicación de esta metodología en el análisis del desempeño de los atributos de APIS por parte de las instituciones públicas del Hospital de Suba que implementan una estrategia de APIS desde 2004, en relación con las instituciones privadas de la localidad que proveen servicios de manera tradicional, realizado en 2007 (Acosta, Martínez *et ál.*, 2008), se muestra en la Figura No. 1.

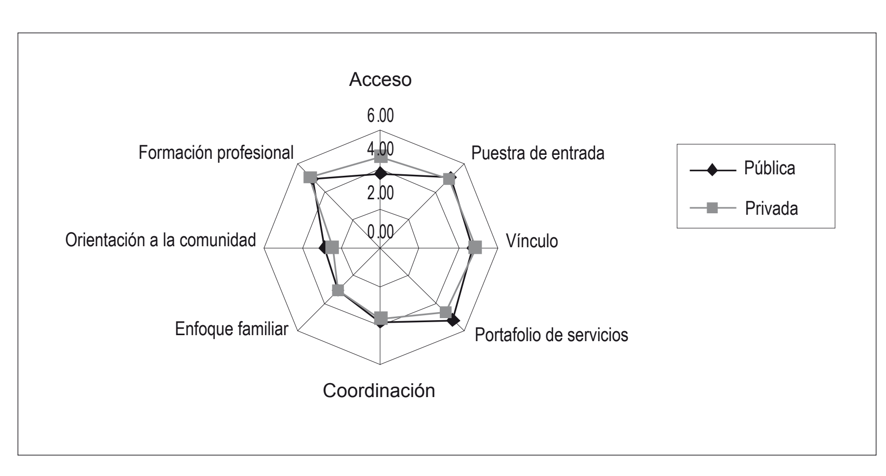
Figura No. 1. Esquema del proceso de investigación desarrollado de la evaluación rápida del desempeño en los atributos de la APS. Localidad de Suba- 2007



Fuente: Acosta N., Martínez J., Vega R., *et ál.* (2007). Análisis situacional y de la experiencia de implementación de la estrategia de APIS en la localidad de Suba. Informe final. Proyecto de investigación: Revitalizando Salud para Todos: aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud, APIS, Fase I. Convenio Interinstitucional No. 650 entre la PUJ, SDS y Hospital de Suba.

En ese estudio, realizado en una muestra de 346 individuos, se encontró que desde la perspectiva de los usuarios adultos contrastan las altas calificaciones dadas por los usuarios de los dos tipos de instituciones –públicas *versus* privadas– en aspectos como la formación profesional, el acceso, puerta de entrada y vínculo, respecto de la baja valoración dada a orientación a la comunidad y enfoque familiar, en ambos tipos de instituciones. A su vez, la coordinación y el portafolio de servicios tienen una valoración intermedia de los usuarios, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 1. Evaluación del desempeño en los atributos de APS, desde la perspectiva de los usuarios adultos. Localidad de Suba - 2007

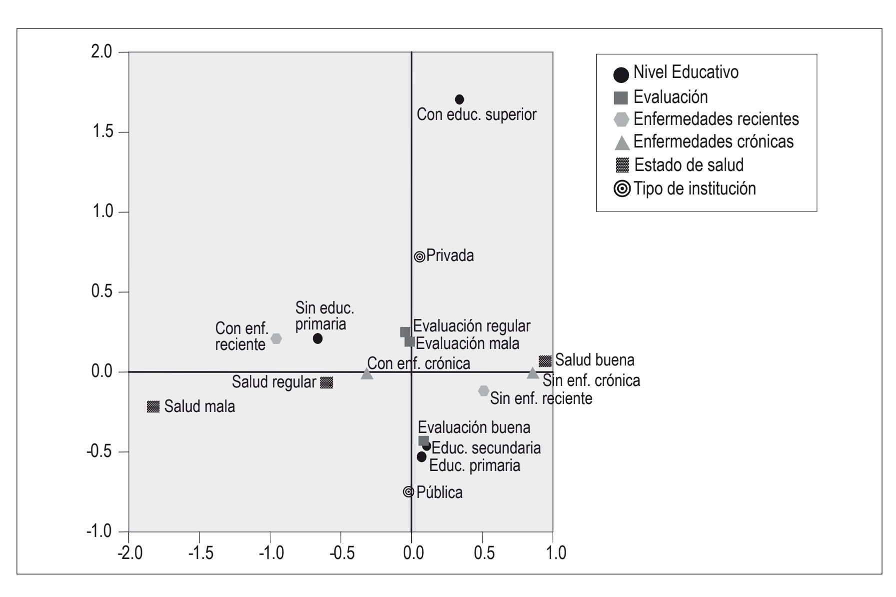


Fuente: Acosta N., Martínez J. y Vega R., *et ál.* (2007), *óp. cit.*

La gráfica también muestra las diferencias que existen entre las valoraciones del desempeño entre los adultos que asisten a organizaciones públicas en relación con las privadas. Así, sólo se observan diferencias apreciables en los aspectos de acceso y portafolio de servicios.

A su vez, y con el fin establecer de manera multivariada las relaciones existentes entre la evaluación dada por los usuarios adultos a la entidad prestadora de servicios de salud y la percepción del estado de salud del beneficiario y su relación con la existencia de enfermedades crónicas o recientes, el nivel educativo del beneficiario y el tipo de entidad prestado de servicios de salud se realizó un análisis de correspondencias, cuyos resultados se muestran a continuación:

Gráfica No. 2. Análisis de correspondencia entre el estado de salud, el tipo de institución de servicios de salud y variables seleccionadas. Localidad de Suba-2007



Fuente: Acosta N., Martínez J. y Vega R., *et ál.* (2007), *óp cit.*

Hay varios aspectos que se destacan en esta gráfica. En primera instancia puede observarse en sentido horizontal que la percepción de salud de los beneficiarios está muy asociada a la presencia de enfermedades crónicas o recientes. En el sentido vertical se observa que el tipo de institución prestadora de salud está asociada con la evaluación de su desempeño por parte de los usuarios y de alguna manera con su nivel educativo. Así, las instituciones privadas tienden a tener evaluaciones de desempeño malas o regulares, mientras que las públicas se asocian con evaluaciones buenas. De otra parte, los niveles educativos altos están más asociados con las instituciones de carácter privado.

Posteriormente, y con el fin de comprobar la hipótesis que la APS y los mayores logros en el desempeño de sus atributos se asocia con la mejoría de las condiciones de salud de la población, se analizó mediante la técnica de regresión logística la presencia y significancia de esa asociación. La percepción de salud de los usuarios se determinó mediante una variable dicotómica que toma el valor de 1 si éste considera en el cuestionario que la salud es muy buena o buena, mientras que en los otros casos la variable toma el valor de 0. En el modelo de regresión logística se incluyeron como variables explicativas del estado de salud, además del

índice global de evaluación de la institución, otras variables de control o intervinientes, como se describe a continuación:

- Índice: índice global de la evaluación de la institución prestadora de servicios.
- Tipo: variable que indica si el usuario es atendido por una institución pública.
- E-crónicas: variable que indica si el usuario está afectado por enfermedades crónicas.
- E-recientes: variable que indica si el usuario ha dejado de realizar sus actividades habituales por motivos de salud en los últimos treinta días.
- S-económica: variable indicadora de la situación económica del usuario mediante el número de servicios con que cuenta la vivienda.
- N-educativo: variable que indica si el usuario tiene por lo menos educación secundaria completa.
- Edad: edad del usuario.

Se encontró que la percepción de salud de los usuarios adultos está asociada significativa y positivamente con la evaluación efectiva de la institución prestadora de servicios de salud y el carácter público de esta institución, aunque esta última variable con una significancia marginal, hallazgos que son coherentes con lo encontrado en un estudio similar en Petrópolis, que demuestra el impacto benéfico de las estrategias de APIS en la mejoría de las salud de la población (Macinko, 2007). En la siguiente tabla se presentan esos resultados para la localidad de Suba:

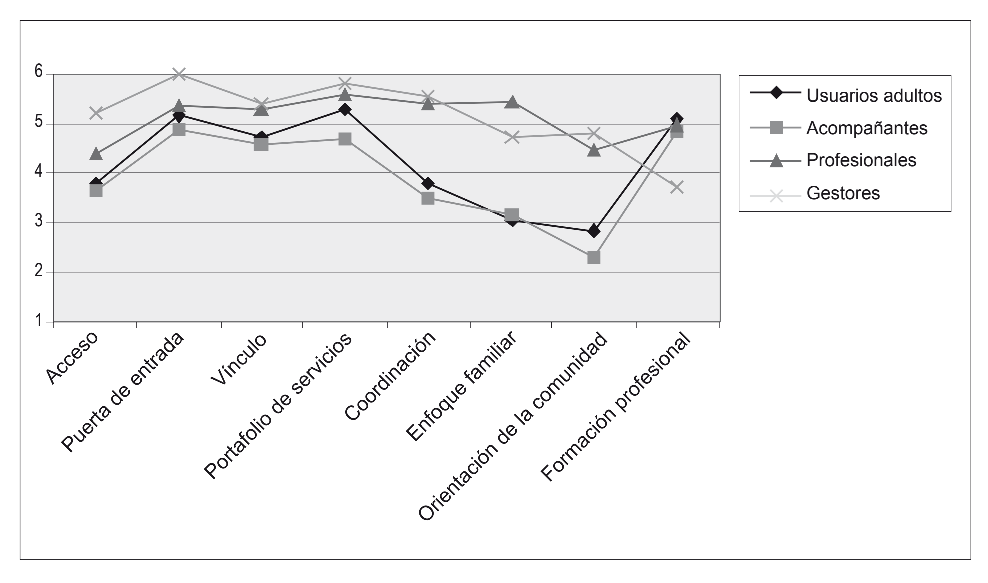
Tabla No. 1. Modelo de regresión logística de los determinantes de la percepción de salud de la población usuaria de servicios de salud. Localidad de Suba-2007

Variable	Estimación del parámetro	Error estándar	Significancia	OR
		Usuarios adultos		
Índice global	0.292	0.126	0.02	1.34
Tipo (pública)	0.517	0.316	0.10	1.67
E-crónicas	-0.894	0.369	0.02	0.41
E-recientes	-2.108	0.39	0.00	0.12
Edad	-0.021	0.01	0.01	0.97

Fuente: Acosta N., Martínez J. y Vega R. *et ál.* (2007), *óp cit.*

Cuando se comparan las percepciones del logro en los atributos de APS entre los diferentes tipos de informantes y participantes de la estrategia, se encuentra que los servicios son mejor valorados por quienes los dirigen y los prestan en relación con los usuarios, como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 3. Comparación de la evaluación del desempeño en los atributos de APS, por tipo de informante en el sector público. Localidad de Suba-2007



Fuente: Acosta N., Martínez J., Vega R., *et ál.* (2007), *óp cit.*

Así, a pesar del interés de emplear a los profesionales, directivos y supervisores como informantes clave para evaluar rápidamente el desempeño de los servicios de atención, se plantea la cuestión de la validez de centrarse únicamente en sus opiniones, ya que éstas difieren notablemente y no son coherentes de las experiencias de los usuarios. Se concluye que la metodología de evaluación rápida es un método útil y válido para medir los cambios en la organización de la prestación de servicios, mediante estrategias de APIS y al dar elementos de análisis a los tomadores de decisiones puede ser usada en otros países en desarrollo para evaluar el desempeño en lo atributos de APS y su impacto sobre la salud de la población.

Referencias

Acosta, N., Martínez, J., Vega, R., *et ál.* (2007). *Análisis situacional y de la experiencia de implementación de la estrategia de APIS en la localidad de Suba*, informe final, proyecto de investigación "Revitalizando Salud para Todos: Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud, APIS" – Fase I, Convenio Interinstitucional No. 650 entre la Pontificia Universidad Javeriana, la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital de Suba.

Almeida, C. & Macinko, J. (2006). *Validação de Uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Série técnica 10. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, Brasil, OPAS/OMS, Ministério da Saúde.

Macinko, J., Starfiel, B. & Shi, L. (2003). "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within OECD Countries, 1970–1998", en *Health Services Research,* 38 (3), pp. 819-853.

Macinko, J., *et ál.* (2004). "Organization and Delivery of Primary Health Care Services in Petrópolis, Brazil", en *Int J Health Plann Mgmt,* 19, pp. 303-317.

Macinko, J., Guanais, F. C. & De Souza, M. F. M. (2006). "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", en *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60, pp. 13-19.

Macinko, J., De Souza, *et ál.* (2007). "Going to Scale with Community-Based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004", en *Social Science & Medicine,* 65, pp. 2070-2080.

Macinko, J., Almeida, C. & Klingelhoefer, D. S. P. (2007). "A Rapid Assessment Methodology for the Evaluation of Primary Care Organization and Performance in Brazil", en *Health Policy and Planning,* 22, pp. 167-177.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, Washington, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

Starfiel, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, Masson.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *Milbank Q,* 83, pp. 457-502.



Evaluación económica de la Atención Primaria de Salud

Liliana Chicaíza

Catalina Olaya

Mario García

Definición e importancia de la evaluación económica

La base teórica para la evaluación económica radica en los fundamentos de la teoría económica del bienestar, según la cual una evaluación económica se define como el análisis de la contribución de un proyecto o una política al bienestar de la población con el propósito de utilizar los recursos de la forma más "eficiente", entendido este término como la consecución del estado óptimo, es decir, un estado en el que cualquier cambio en el uso de los recursos disminuye el bienestar de algunos de los agentes involucrados (Castro & Mokate, 2003). En dicho estado, los costos son minimizados y los beneficios maximizados. El objetivo último de la evaluación es ayudar a los tomadores de decisión a hacer elecciones racionales, a decidir de forma coherente, con determinados objetivos y restricciones (Badía *et ál.*, 1994).

De acuerdo con lo anterior, el método de evaluación económica en el contexto de la salud está basado sobre la premisa de que, a cualquier nivel dado de recursos disponibles, la sociedad desea maximizar el total de beneficios agregados en salud (Weinstein & Stason, 1977). Por lo tanto el objetivo, y allí radica su importancia, es estudiar la distribución de los recursos disponibles para obtener el mejor resultado posible en el estado de salud de la población.

La base conceptual de la evaluación económica en el ámbito de los servicios sanitarios ha sido desarrollada, entre otros, por Drummond *et ál.* (2001), quienes definen la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria como un análisis comparativo –identificación, cuantificación, valoración y comparación– de acciones alternativas en términos de sus costos y consecuencias. Para ello se identifican los costos y los beneficios otorgados a la sociedad por la implementación de una intervención específica, los cuales son comparados con los de otra u otras alternativas posibles (Gold *et ál.*, 1996): una nueva intervención, seguir con la intervención anteriormente implementada, o no hacer ninguna intervención.

Los resultados en la evaluación económica

En cuanto a intervenciones y programas de salud, los resultados de evaluación económica pueden ser medidos a través de tres categorías. La primera es el estado de salud de los pacientes medido en efectos clínicos, como complicaciones o días de incapacidad –lo común para el caso de las intervenciones clínicas–; en esta categoría también están los resultados como morbilidad, mortalidad o años de vida ganados o haciendo una valoración de los anteriores en forma de preferencias de estado de salud o de disposición a pagar por un beneficio en salud específico (Drummond, 2001).

La segunda categoría tiene que ver con resultados que permiten a los individuos sentirse mejor y que no son medibles en términos de resultados en salud, como por ejemplo el valor de obtener información, de acceder fácilmente a los servicios o de la tranquilidad al obtener cierto tipo de trato en la atención, independientemente del resultado de ésta.

La tercera se refiere a resultados en términos de ahorro de recursos, presentes o futuros. Y la cuarta como disposición global a pagar por un programa que potencialmente incluiría la valoración de todas las posibles consecuencias del mismo.

Los costos

Según la teoría económica, y tal como lo puntualizan Drummond *et ál.* (2001), el precio teórico adecuado de un recurso es su costo de

oportunidad –que es el valor de los beneficios a los que se renuncia como consecuencia de que dicho recursono está disponible para su mejor utilización alternativa–. No obstante, la aproximación pragmática al cálculo de costos, dentro del campo de la evaluación económica de programas y servicios de salud, es el precio de mercado existente, salvo alguna razón concreta para hacerlo de otra forma –por ejemplo, los bienes subvencionados por un tercero–.

Una vez hecha esta salvedad, según Kobelt (2002) los costos pueden dividirse en:

- Costos directos: son todos aquellos relacionados con la enfermedad o su tratamiento. Incluyen costos para el sistema de salud, pero también costos para los servicios sociales, para los mismos pacientes o sus familiares.
- Costos indirectos o de productividad: son los relacionados con pérdidas de productividad de los individuos, debidos a la enfermedad o a su tratamiento y que impactan a la sociedad.
- Costos intangibles: son los que se deben al sufrimiento o pérdida en la calidad de vida, debidos a la enfermedad o a su tratamiento y que afectan al paciente. Estos costos son difíciles de medir y valorar, por lo que frecuentemente se dejan fuera del análisis. Lo anterior se ha empezado a superar con el uso de instrumentos para la medición de calidad de vida o mediciones como la disposición a pagar, que se utilizan dentro de los análisis costo-beneficio, pero incorporadas más como evaluación de consecuencias.

Tipos de evaluación económica

Una evaluación económica puede ser de cuatro tipos: análisis de minimización de costos, costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio (Drummond *et ál.*, 2001). Todas presentan ventajas o limitaciones dependiendo de la naturaleza de la cuestión a la que se quiera dar respuesta con la evaluación.

Análisis de minimización de costos

Es una evaluación de eficiencia para identificar la alternativa de menor costo cuando las alternativas comparadas no difieren de forma significativa en las consecuencias alcanzadas. Se presupone que hay suficiente

evidencia de que las tecnologías comparadas generan los mismos resultados en salud, por lo que la evaluación se puede restringir a los costos. Para ello se debe contar con suficiente evidencia que permita tener la certeza de que el resultado en estudio es satisfecho en igual grado por las intervenciones analizadas. El tomador de decisiones escogerá el tratamiento con el costo total más bajo y así utilizará los recursos eficientemente.

Análisis de costo-efectividad

Este tipo de evaluación ha sido ampliamente desarrollado para la evaluación económica de programas de salud. Su objetivo es el de contribuir a la mejor utilización de los recursos con el máximo impacto posible en términos de mejoras en indicadores de salud poblacional (Coelho & Moreno, 2004). El análisis de costo-efectividad permite comparar costos y resultados entre dos o más alternativas, en donde estos últimos se miden en las unidades naturales o físicas más adecuadas sin hacer ningún intento por valorarlas en sí mismas, asumiendo implícitamente o argumentando que el resultado en términos de efectos sobre la salud vale la pena y que la cuestión es determinar la forma más costo-efectiva de conseguirlo o cuántos recursos adicionales son requeridos para elegir la alternativa más efectiva. Esta metodología, al igual que las otras, asume que los recursos disponibles para invertir en salud pública son limitados, ya sea desde el punto de vista de la sociedad, de la organización o del paciente.

La medida central usada en este análisis es la razón de costo-efectividad incremental, que indica el costo adicional por obtener una unidad de efecto en salud desde una intervención dada comparada con otra alternativa (Gold *et ál.*, 1996).

$$CEI = \frac{C_i - C_j}{E_i - E_j}$$

Donde

CEI = Costo-efectividad incremental
C_i = Costo total de la intervención i
C_j = Costo total de la intervención j
E_i = Efectividad de la intervención i
Ej = Efectividad de la intervención j



La intervención bajo estudio domina a la alternativa cuando su efectividad es mayor y su costo es menor. Para corroborar su posición dominante se plantean diversos escenarios a través de análisis de sensibilidad, sobre el cual se hará alusión más adelante. Si en los escenarios planteados la intervención en estudio permanece menos costosa y más efectiva, no hay dudas en la decisión sobre qué intervención implementar.

A otra situación se enfrenta el tomador de decisiones cuando la intervención estudiada es tanto más efectiva, como más costosa. La razón de costo-efectividad incremental en este caso no arroja la información suficiente para tomar una decisión. Indica lo que habría que pagar por unidad de efecto en salud empleando la intervención en cuestión, en relación con su alternativa –menos costosa y menos efectiva–. Sin embargo, la decisión aquí dependerá de qué tanto la sociedad esté dispuesta a pagar por esa unidad ganada en salud. Esto, como se verá en un apartado posterior, genera dilemas al elegir la intervención más adecuada y requiere de elementos adicionales de análisis que permitan tomar una decisión.

Los resultados de efectividad, tales como reducción de eventos patológicos, tasas de curación, años de vida ganados, etcétera, pueden ser obtenidos a través de: a) estudios epidemiológicos en poblaciones locales o b) meta-análisis y revisiones sistemáticas de la bibliografía médica

existente. Esta última herramienta metodológica se utiliza en los casos en los que no hay recursos ni tiempo suficiente para llevar a cabo estudios en contextos locales.

Con respecto a la revisión sistemática surgen dos aspectos importantes: la calidad de la información reportada y su relevancia. En relación con la primera, existen parámetros que permiten seleccionar estudios cuyo diseño y ejecución cumplen con los requisitos mínimos que garantizan una fuente de información consistente (Egger & Smith, 2001). Con respecto a la relevancia de ésta, es importante tomar en cuenta las diferencias entre el contexto local estudiado y la situación planteada en la bibliografía revisada. Sin bien en muchos casos los resultados clínicos son transferibles entre países, no ocurre así con las condiciones económicas. De ahí que las evaluaciones económicas deban hacerse específicamente para cada país.

La ventaja de este tipo de evaluación es que permite medir resultados tangibles en términos de unidades de efectividad ganadas por un programa específico frente a otro, a la vez que permite comparar el costo adicional –o ahorro– de generar una unidad de efectividad. Al existir un acuerdo en términos de la bondad de sus implicaciones sobre el objeto de estudio, no exige valoraciones. Además, permite medir resultados intermedios –por ejemplo, reducciones de presión arterial en mm de Hg–, para los que se asume o hay evidencia de que generan un resultado final en salud, cuando no se cuenta con información de resultados finales. Su limitación es que al estar enfocado en un resultado clínico o de salud específico, no permite medir ni observar en un solo indicador todos los beneficios posibles generados por una intervención; tampoco permite hacer comparaciones entre un conjunto amplio de intervenciones que le apunten a diferentes resultados de salud.

Análisis de sensibilidad

Ésta es una herramienta fundamental en el análisis de costo-efectividad para valorar el efecto, sobre la conclusión, de los supuestos utilizados en el análisis. En el estudio de costo-efectividad, se trabaja con información sobre los desenlaces de las enfermedades, efectos de los tratamientos en determinados contextos, diferentes tipos de costos –directos, indirectos, tangibles, intangibles– según lo que se está midiendo y aspectos adicionales que permiten llegar a un resultado específico. En algunos casos la aproximación a los valores reales de las variables medidas

es mayor que en otros, dependiendo del diseño metodológico empleado, del contexto, de las características de la población, de las posibilidades para acceder a la información, de la calidad de la misma, de la complejidad de los desenlaces, etcétera. Por lo tanto, siempre se estará trabajando sobre una estimación de los resultados, lo que conlleva siempre algún nivel de incertidumbre en relación con el valor real de los parámetros usados en la medición (Gold, 1996).

Existen diseños metodológicos que permiten obtener resultados con menor sesgo y mayor precisión, como los experimentos aleatorizados o los estudios observacionales, no obstante, el nivel de incertidumbre siempre presente en las mediciones debe ser contemplado en todo análisis, con mayor razón en estas evaluaciones que sirven como herramienta para tomar decisiones sobre intervenciones que implican el estado de salud de las personas.

De acuerdo con Gold (1996) hay dos tipos de incertidumbre. Una relacionada con el valor numérico real de los parámetros usados como insumos en el modelo –incertidumbre de los parámetros–; la otra relacionada con el modelo, tanto con el método correcto de combinar los parámetros en él –incertidumbre estructural del modelo– como con las decisiones tomadas por los analistas –incertidumbre en el proceso de modelaje–. Ante esto es necesario realizar un análisis que provea alguna indicación de la confianza que se puede tener en los resultados de costo-efectividad o de qué forma esta incertidumbre está en ellos presente.

El análisis de sensibilidad es la forma tradicional de abordar la incertidumbre en la evaluación de costo-efectividad[1]. Se trata de modificar el valor de una o más variables críticas y volver a calcular la razón de costo-efectividad incremental, con el propósito de observar qué tanto varían las conclusiones. Si el sentido de las conclusiones cambia en relación con el de los resultados iniciales, se dice que éstos no son lo suficientemente robustos; si por el contrario el sentido no es sensible a cambios en los parámetros, se toman los resultados como robustos y aceptables para tomar una decisión. En suma, este estudio mide la estabilidad de los supuestos hechos en el análisis y ayuda a identificar los más críticos (Petitti, 2000).

1 Para información sobre otras medidas estadísticas de incertidumbre en la estimación de costo-efectividad ver Gold (1996), Capítulo 8.

El análisis de sensibilidad puede ser de dos tipos: univariado –o de una vía– y multivariado –de dos, tres o más vías–. En el primero, el valor de una de las variables se modifica mientras que el resto se mantienen fijas, por lo tanto permite ver el efecto de la incertidumbre de una sola de las variables en el resultado final. La variable modificada puede ser referente a los costos o a la efectividad. En el segundo se mira el efecto de la combinación de dos o más variables modificadas sobre el resultado final, manteniendo las demás variables fijas.

Análisis de costo-utilidad

La evaluación de costo-utilidad es un tipo de análisis de costo-efectividad que incorpora en sus medidas de resultado, tanto la cantidad como la calidad de vida. En ese sentido integra la esperanza de vida de los pacientes y la calidad de vida relacionada con su estado de salud (Kobelt, 2002). Los resultados se miden en términos de utilidad. Los indicadores más usuales en este tipo de análisis son los años de vida ajustados por discapacidad –DALY, por su sigla en inglés–, los años de vida ajustados por calidad –AVACS o QALY en inglés– o los años de vida sana equivalentes –AVSE en inglés–. Los resultados se expresan como costo por AVAC ganado, capturando simultáneamente ganancias derivadas de reducir la morbilidad –ganancias de calidad– y la mortalidad –ganancias de cantidad–, combinando ambas en una única medida (Drummond *et ál.*, 2001). Un análisis de este tipo busca evaluar el *trade-off* entre mortalidad, morbilidad, preferencias de los pacientes y de la sociedad por varios tipos de morbilidad y la disponibilidad de los pacientes, la sociedad a aceptar una vida más corta por evitar ciertos tipos de morbilidad (Petitti, 2000).

El término calidad en este contexto se refiere a la utilidad que le genera a un individuo o a la sociedad un estado de salud dado. Por lo tanto es importante revisar, someramente, el concepto de utilidad desde el punto de vista económico.

Varian (1999) destaca que antiguamente los filósofos y economistas hablaban de "utilidad" como un indicador del bienestar general de las personas. Se lo entendía como una medida numérica de la felicidad del individuo, y por lo tanto era natural pensar que los individuos tomaban sus decisiones tratando de maximizar su utilidad, es decir, buscando la mayor felicidad posible. Lo problemático de este enfoque radica en que nunca se describió realmente cómo medir la utilidad de las personas, es decir, cómo cuantificar la cantidad de utilidad de las diferentes

elecciones. Por lo mismo se abandonó la idea de utilidad como medida de felicidad y se reformuló la teoría de la conducta del consumidor en función de sus preferencias. Así, las preferencias del consumidor son la descripción fundamental para analizar la elección y la utilidad no es más que una forma de describirlas.

En el contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias, las utilidades expresan una preferencia, que a su vez muestra la satisfacción o aflicción que las personas asocian con un estado de salud dado, donde uno (1) representa salud plena y cero (0) representa muerte (Kobelt, 2002) o el estado de salud menos preferido. Los valores entre 0 y 1 son los valores utilizados para ajustar la esperanza de vida proporcionando una medida de esperanza de vida ajustada por calidad. Este último término comprende aspectos físicos, sociales y emocionales de la salud (Petitti, 2000).

Las preferencias para estados de salud se pueden obtener directamente de entrevistas con los pacientes, o a través de cuestionarios genéricos basados en las preferencias como la escala de Calidad del Bienestar –QWB por su sigla en inglés– y la escala de calidad de vida EQ-5D, EUROQOL. Medidas no basadas en preferencias como el cuestionario en forma corta de 36 ítems, SF-36, que valora la percepción de estado de salud en general, no pueden ser usadas directamente en análisis de costo utilidad. El primero, QWB, valora el estado de salud preguntando sobre los síntomas y el nivel de función en tres áreas, a saber, movilidad, actividad física actividad social y crea una escala de 0 a 1 que se utiliza para ajustar la esperanza de vida. El segundo es una medida simple de salud general que cubre cinco dimensiones: movilidad, cuidado de sí mismo, actividades cotidianas, dolor/molestia y depresión/ansiedad. Las respuestas son categorizadas en tres tipos –sin problema, algún problema y mayor problema– para cada una de las cinco dimensiones, con lo cual surgen 243 estados de salud distintos y dos estados adicionales de muerte e inconciencia. Las categorías son clasificadas para dar una escala sencilla de estado de salud que va de 0 a 1 (Petitti, 2000).

La ventaja de este tipo de análisis es que, además de permitir introducir el concepto de calidad de vida en los resultados, permite comparar tratamientos entre diferentes enfermedades, como por ejemplo, si la tamización para cáncer de seno genera mayores o menores costos por QALY que el trasplante de corazón. Este tipo de comparaciones son útiles para tomar decisiones de asignación de recursos, no obstante requieren

que uno y otro resultado hayan sido estimados de manera homogénea, en lo que se refiere a aspectos como los costos, la medición de utilidades, entre otros. De lo contrario no sería posible su comparación (Kobelt, 2002). También permite combinar en un solo indicador una extensa gama de resultados relevantes y dispares, los cuales pueden ser ponderados de acuerdo con su importancia. En cuanto al uso de escalas que miden utilidad, es importante mencionar que los diferentes métodos no proporcionan resultados idénticos para un mismo problema estudiado y que no hay consenso acerca de cuál método es el mejor (Petitti, 2000). Adicionalmente, hay consideraciones éticas en el uso de QALY para tomar decisiones de política pública, como por ejemplo, que están basadas en premisas falsas, razonamientos inadecuados, principios injustos o que ignoran los principios de equidad[2].

Análisis de costo-beneficio

En este análisis se comparan los beneficios incrementales de un programa frente a sus costos incrementales. Los costos y los beneficios son expresados en unidades monetarias y su diferencia equivale al beneficio social neto generado. Para obtenerlo es necesario convertir los beneficios a unidades monetarias o, en otras palabras, hacer una valoración de los mismos. Teniendo en cuenta que el fundamento filosófico del análisis de costo-beneficio radica en los principios de la economía del bienestar, dicha valoración debe admitir como fuente principal de los valores a los consumidores individuales.

Los beneficios en un programa de salud pueden darse en términos de beneficios intangibles –mejor estado de salud–, costos de atención en salud futuros evitados e incrementos en productividad por mejor estado de salud. De acuerdo con Drummond *et ál.* (2001), se dispone de tres métodos para su valoración monetaria: i) capital humano, ii) preferencias reveladas y iii) preferencias formuladas de la disposición a pagar –valoración contingente–.

La aproximación de capital humano atribuye valores monetarios a las consecuencias del programa, en términos de la mayor productividad asociada a mejores condiciones de salud, entendiéndose que el programa sanitario es una inversión en el capital humano de una persona. Para ello se vale de los salarios de mercado como indicador de productividad.

2 Para profundizar en consideraciones éticas del uso de QALY ver Petitti (2000), Capítulo 17.

El segundo enfoque, de preferencias reveladas, valora las consecuencias con base en elecciones reales del individuo que implican salud frente a dinero y no en escenarios hipotéticos ni declaraciones de preferencia, es decir, se trabaja con datos observados sobre decisiones tomadas previamente –en las que se transa riesgo/dinero– y no sobre encuestas que indaguen por las preferencias de individuos según escenarios hipotéticos. Un ejemplo de esto es un trabajador que prefiere mantenerse en una actividad de mayor riesgo ocupacional por un mayor salario o un individuo que se somete a una intervención de mayor riesgo en un aspecto específico por recibir un nivel mayor de compensación en otros. Por último, la aproximación de valoración contingente recoge la máxima disposición a pagar de los individuos, por ende a sacrificar en otros bienes, por un beneficio en salud –por ejemplo, disposición a pagar por acceder a un servicio, por mejorar el estado de salud, por obtener mayor información–, bajo el supuesto de que hubiese un mercado real para el mismo. Para ello se encuesta a la población beneficiaria, a quienes se les plantean diferentes escenarios hipotéticos sobre la intervención que se evalúa y se les pide una valoración en términos de su disposición a pagar. Se entiende entonces que la disposición a pagar es una medida de cuánto se valora un beneficio en salud.

La valoración contingente, de acuerdo con Kobelt (2002), puede ser de dos tipos: abierta o discreta. En la primera se indaga a la población encuestada por la disposición a pagar por obtener ciertos beneficios, ofreciéndole al individuo una cantidad específica que éste acepta o rechaza. La oferta es bajada o incrementada hasta que la disponibilidad máxima a pagar es alcanzada. El método discreto se basa en preguntas de tipo binario –sí o no– en las que el individuo acepta o rechaza una oferta única. La oferta es modificada en diferentes submuestras de población para calcular el porcentaje de encuestados que están dispuestos a pagar un precio específico.

El análisis de costo-beneficio permite aun mayor amplitud en la medición de resultados en relación con el análisis de costo utilidad. Su medida de resultado puede incluir todos los beneficios sociales posibles o costos evitables esperados de un determinado programa o intervención. Esto permite hacer comparaciones entre programas de diferentes sectores. Por ejemplo, es posible evaluar si una intervención en salud genera más beneficios a la sociedad que una intervención en educación o saneamiento básico. No obstante, la valoración de los beneficios tiene, como se verá

en una sección posterior, implicaciones éticas en lo referente a valorar en términos monetarios la salud y la vida, así como imprecisiones en su medición[3].

Otros tipos de análisis económico

Análisis financiero

La evaluación financiera considera aspectos de tiempo y forma que no son abordados en el análisis de costo-beneficio, tales como el flujo de efectivo y las formas de contratación. Por ejemplo, aunque la implementación de determinada política sea recomendable desde el punto de vista de costo-beneficio, es posible que, debido a la forma del flujo de ingresos y egresos en el tiempo, la misma deje a algún agente –por ejemplo el hospital– en una condición financiera frágil por un determinado período.

Puesto que el énfasis aquí está en las finanzas del agente, los elementos de resultado en salud pueden a veces tomarse como dato o no tenerse en cuenta. Es posible, por ejemplo, realizar la evaluación financiera de un tratamiento en uso que no es costo-efectivo con el fin de entender cómo impacta y las finanzas de la entidad. También es posible realizar un análisis financiero para prever el efecto de una medida que se quiere implementar debido a su costo-beneficio.

El análisis financiero es un complemento de la evaluación económica, útil para la puesta en marcha de las políticas y que no debe confundirse con la evaluación económica.

Elementos de la Atención Primaria de Salud, APS, por tener en cuenta en la evaluación económica

A medida que la intervención a evaluar económicamente es menos compleja, resulta más sencillo identificar claramente las unidades de resultado atribuibles a la intervención y los costos relacionados, sin embargo cuando se trata de programas o políticas públicas, los resultados

[3] Ver Drummond (2001), Capítulo 7, para profundizar en limitaciones de valoración de beneficios en salud.

y costos son difíciles de cuantificar en todas sus dimensiones, éste es tal vez el problema más relevante que enfrenta la evaluación económica de la Atención Primaria de Salud.

Antes de pasar a identificar los problemas en la medición de resultados, a continuación se hace un recuento de las nociones conceptuales básicas para evaluar la APS, las cuales son la base para definir los indicadores de costo-efectividad.

De acuerdo con Starfield (2001), la evaluación de la APS se basa en la medición de la consecución de la atención primaria por medio de la realización de cuatro principios básicos en la provisión de los servicios, que a su vez, proveen un resultado final correspondiente a un mejor estado de salud para la población. Estos principios son: *primer contacto*, *longitudinalidad*, *integralidad* y *coordinación*. La atención primaria es valorada como buena de acuerdo con qué tan satisfechas estén esas características (Starfield, 2005). Tienen a su vez un componente de *estructura*, que es el que proporciona la capacidad de consecución del principio, uno de *proceso*, que es con el que se consigue la realización del mismo y uno de *resultado*, que determina sus alcances. Estos tres componentes permiten acercarse a la medición de cada principio. El componente de resultado, para todos los principios, es el estado de salud de la población, por lo tanto la medición de los efectos de la APS se da primero en términos del cumplimiento de los principios que la conforman y, segundo, en términos de los resultados en salud que el cumplimiento de estos principios generan en la población.

De acuerdo con lo anterior, un estudio de la APS requeriría la medición tanto del cumplimiento de cada principio en su estructura y proceso, como la medición de un resultado final en términos del estado de salud de la población.

Los aportes conceptuales para realizar esta evaluación han sido trabajados, entre otros, por Starfield (2004), quien define los principios de la siguiente manera[4]:

El *primer contacto* se refiere a que cada vez que surge un problema nuevo de salud, debe existir un lugar concreto o un profesional de salud específico que actúe como puerta de entrada al sistema sanitario. Para

4 Ver Starfield (2004) para un detalle de las herramientas conceptuales para la evaluación de la APS.

proporcionar el primer contacto, los usuarios potenciales deben percibir que el lugar de atención está disponible y es accesible, lo que se manifiesta mediante su utilización.

De esta manera, la *accesibilidad* es el componente *estructural* que hace posible el contacto con los servicios. Puede ser de varios tipos: organizativo, como son los requisitos que se exigen a los pacientes para ser atendidos o las formas de operar de los centros de atención que crean barreras como tiempos de espera u horarios de atención; geográfico, que se relaciona con tiempo y distancia requeridos para llegar al lugar de atención; social, condicionado por aspectos menos explícitos como prejuicios en cuanto a la edad, raza o clase social y económico, como el gasto incurrido por los pacientes para pagar la consulta. Por su parte, el componente de *proceso* se da en términos del disfrute o recepción de la atención, es decir, la *utilización de los servicios*, que es el grado en que se hace efectiva la consulta por un problema nuevo en el centro habitual. El mejoramiento del *estado de salud* de la población, es el *resultado* final esperado de los dos componentes anteriores, entendiéndose la salud, no como la ausencia de enfermedad o la predisposición a presentarla, sino como una continua redefinición de un potencial de rendimiento máximo para enfrentarse a los retos de la vida de la forma más positiva y productiva posible.

La *longitudinalidad* o *vínculo* es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta. Implica que, con independencia de la ausencia o presencia de problemas de salud, existe un lugar, una persona o un equipo de personas que sirve de referencia para recibir asistencia a lo largo del tiempo. La esencia de la longitudinalidad es la relación personal en el tiempo entre un paciente y un médico o equipo de personas (Alpert & Charney, 1974). Por medio de esta relación y con el tiempo, llegan a conocerse bien mutuamente los médicos y pacientes.

Para la medición de la característica *estructural* de la longitudinalidad es esencial el hecho de que las personas deben ser capaces de *identificar* su fuente habitual de atención primaria, así como ésta debe poder identificar a la población que es elegible o candidata de sus servicios. Al igual que en el primer principio, la característica de *proceso* se da en términos de la recepción de la atención. Las personas deben *utilizar* esta fuente asistencial habitual para todos los problemas de salud, exceptuando los que el médico remita a otros niveles de atención. Para que esta *utilización* sea apropiada

desde la perspectiva de la longitudinalidad, deben tenerse en cuenta dos conceptos fundamentales en su medición: longitudinalidad temporal y longitudinalidad personal (Freeman & Hjortdahl, 1997). La primera se refiere a la existencia de una relación durante un largo período de tiempo, es decir, el uso permanente en el tiempo de la fuente habitual para una serie de problemas de salud; la segunda se centra en la intensidad de la relación existente entre el médico y los pacientes, que puede ser medida por medio de la identificación de las características de la relación entre éstos, que incluyen: a) el grado de comprensión existente entre el médico y el paciente; b) la sensación de bienestar que experimenta el paciente al contar al médico sus preocupaciones o problemas; c) el grado en que los pacientes sienten que su médico está interesado en ellos más como personas que como alguien que presenta un problema médico, así como alguien que entiende cuáles son los problemas más importantes para ellos. Esta última característica es la que permite diferenciar la longitudinalidad en la atención primaria, de la longitudinalidad en la atención especializada. La longitudinalidad personal aporta ventajas más amplias que las asociadas a la longitudinalidad con un lugar asistencial concreto[5]. Por último, la característica de *resultado* se mide en términos del *estado de salud* de la población.

La *integralidad* de la atención se refiere a la disponibilidad y provisión de los servicios precisos para satisfacer todas las necesidades de la población directa o indirectamente. Para ello se requiere que la atención primaria identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y que disponga de los recursos para manejarlas. La materialización de este concepto exige que la APS se organice de tal forma que el paciente tenga a su disposición todos los servicios de salud necesarios, incluso los que la APS no puede prestar, lo que implica que actúe de agente para proveer servicios de segundos y terceros niveles de atención o de otros sectores.

Los servicios de atención primaria deben identificar las necesidades de los servicios preventivos y proporcionarlos; proveer servicios para los signos y síntomas y el diagnóstico de las enfermedades sintomáticas e identificar de forma adecuada problemas orgánicos, funcionales o sociales. Estos últimos son relevantes debido a que los problemas de salud

5 La longitudinalidad se asocia a ventajas como menor utilización de servicios de salud, mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, menor número de enfermedades prevenibles, mejor identificación de los problemas de los pacientes, menor número de hospitalizaciones y menores costos.

ocurren en un marco social que predispone las enfermedades o las causas, entendiendo que la identificación adecuada de la génesis del problema de un paciente proporciona al prestador de servicios herramientas para influir en la naturaleza de los servicios de salud.

En la evaluación de la integralidad, los aspectos esenciales son determinar la frecuencia de las necesidades de salud de la población atendida, establecer la variedad de servicios necesaria para satisfacer las necesidades que se presentan con una frecuencia suficiente, como para justificar que sigan tratándose y proporcionar los servicios cuando aparecen las necesidades. Su componente *estructural* está dado por la *gama de servicios ofrecida* a la población. A diferencia de los dos principios anteriores, el *proceso* no se da en el ámbito de la recepción de la atención –utilización–, sino que a través de la provisión de la misma se da en la *identificación de los problemas* de la población. El *resultado* se manifiesta en el *estado de salud* de la población.

La *coordinación* es una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. Su esencia en la atención primaria es la disponibilidad de información acerca de problemas previos de los pacientes, servicios utilizados y el reconocimiento de dicha información para los cuidados actuales. Desde el punto de vista de la evaluación de la coordinación, el interés se centra en la medida en que el médico de la atención primaria identifica la información relevante para la atención de un paciente en el intervalo de tiempo transcurrido entre la visita inicial y la de seguimiento. Ello implica una coordinación de la información tanto en los servicios ofrecidos en la atención primaria como con los otros niveles de atención cuando los pacientes son remitidos, por ejemplo: a) cuando los pacientes son vistos por varios médicos y generan información en distintos lugares –laboratorios, ayudas diagnósticas–; b) cuando los pacientes son remitidos a otros especialistas para ser atendidos a corto plazo –ayuda en el diagnóstico o en el tratamiento– o para llevar a cabo intervenciones y c) cuando los pacientes son remitidos a especialistas para tratamiento por un largo período de tiempo.

El elemento *estructural* esencial de la coordinación es la *continuidad* según la cual debe existir un mecanismo para que el médico pueda conocer los problemas que aparecen e identificar y manejar bien sus posibles interrelaciones. Este mecanismo debe asegurar el seguimiento de una sucesión ininterrumpida de acontecimientos entre las visitas del paciente, independientemente de dónde ocurran o cuál haya sido su causa. Existen



diversos mecanismos para conseguir una buena continuidad: a) que el mismo médico o profesional de salud sea quien atienda al paciente de una visita a la siguiente; b) utilizar un equipo de personas cuyas vías de comunicación les permita transmitirse mutuamente la información importante relacionada con los pacientes; c) existencia de una historia clínica que contenga datos completos y precisos de los pacientes, accesible a todos los médicos; d) registros que portan los pacientes y que llevan a la consulta. El elemento de *proceso*, teniendo en cuenta que los médicos pueden actuar sobre los problemas solamente cuando éstos han sido identificados, es la *identificación de la información* relativa a la atención prestada a los problemas de salud del paciente. El *resultado* se mide en el *estado de salud* de la población.

Problemas en la evaluación económica de la Atención Primaria de Salud, APS

Problemas derivados de la estimación de costos

En el caso de la APS, al ser una intervención que abarca inversión en varios sectores, es difícil o imposible determinar una función de costo propia de la intervención, por lo que es necesario realizar estimaciones, cuya precisión depende a su vez de la disponibilidad y calidad de la información. Aquí los análisis de sensibilidad son de gran utilidad.

Cuando la APS es financiada por fondos públicos, es importante tener cuidado con las características de la contabilidad pública y sus diferencias con la privada en cada país. Se deben tomar preferiblemente los datos correspondientes a ejecución y recordar que parte de los gastos correspondientes a una determinada vigencia pueden trasladarse a la siguiente. En ese sentido, ante la dificultad de establecer una función de producción que indique los costos, generalmente se utiliza información de gastos como aproximación de los costos.

Problemas derivados de los resultados en la evaluación de costo-beneficio

En relación con la valoración de los beneficios en APS desde una aproximación de capital humano, de acuerdo con Drummond *et ál.* (2001), según la teoría marginalista de la distribución, los salarios reflejan la productividad marginal de un trabajador. Sin embargo, en contextos de imperfección en los mercados laborales, los niveles salariales pueden reflejar inequidades, por ejemplo discriminación por raza o género. Adicionalmente, el tiempo ganado sano y no vendido en el mercado también tiene un valor, no necesariamente medible por tasas retributivas de mercado. Cuando se hacen valoraciones de este tipo en segmentos de población en condiciones de vulnerabilidad, estas imperfecciones se manifiestan en la alta incidencia de fenómenos de informalidad y desempleo. Esto acarrea tres problemas. Primero, el uso del salario como indicador de productividad es inexacto. Segundo, esta medida llevaría a hacer valoraciones más bajas de los beneficios en salud en los más pobres –por su ingresos más bajos–, cuando en realidad no deben serlo si consideramos que los beneficios en salud son igualmente valiosos para toda la población desde un enfoque de la salud como un derecho humano esencial. Tercero, el método de valoración limita las consecuencias de los programas al impacto sobre la productividad laboral, lo cual no es consistente con un enfoque de APS que busca alcanzar otros efectos como la disminución de brechas de inequidad e injusticia social.

En relación con las preferencias reveladas, se considera que las valoraciones son muy específicas de cada contexto, incurriéndose de nuevo en una subvaloración de beneficios en poblaciones vulnerables en la medida en que sus decisiones están influidas por sus circunstancias de vida. Igualmente, en el caso de preferencias formuladas –valoración contingente–, la disposición a pagar está supeditada a cuánto puede realmente pagar el individuo restringido por su ingreso real y sus condiciones de subsistencia. Adicionalmente,

de acuerdo con Amartya Sen (2000), los deseos y capacidades para experimentar bienestar se adaptan a las circunstancias sobre todo para hacer la vida soportable en las situaciones adversas, por lo tanto hacer estas valoraciones puede ser injusto para las personas persistentemente desfavorecidas. La medida mental es muy maleable como una aproximación sólida de desventajas o privaciones, ya que puede ser distorsionada por la adaptación psicológica a las privaciones persistentes.

En la cuestión de la valoración de una medida de bienestar por preferencias reveladas, se anotan dos críticas fundamentales de Sen. La medida de utilidad no refleja directamente aspectos de calidad de vida como la libertad individual, reconocimiento o violación de derechos reconocidos; el modelo agregado al centrarse en la suma total de utilidades de todas las personas consideradas en conjunto, es indiferente a la distribución de las mismas en la población, por lo tanto la suma de las utilidades debe maximizarse independientemente del grado de desigualdad que haya en la distribución de las mismas. Así, la injusticia consiste en una pérdida agregada de utilidad comparada con la que podría haberse obtenido.

Finalmente, la valoración subjetiva de beneficios podrá subestimar, como consecuencia de las condiciones de vida de las poblaciones en estudio, el beneficio neto en los resultados de la evaluación de APS, y hacerlo incluso menor a los costos incurridos.

Problemas derivados de los resultados en una perspectiva de costo-efectividad

Al no exigir valoraciones, este tipo de evaluación permite medir resultados tangibles, en términos de unidades de efectividad ganadas por un programa específico frente a otro, a la vez que compara el costo adicional –o ahorro– de generar una unidad de efectividad. No obstante, es imprescindible la evidencia de los resultados de efectividad en términos de la bondad de sus implicaciones. Una dificultad resulta del gran número de posibles resultados –por ejemplo, disminución en mortalidad, morbilidad y mejora en el acceso–, que no son reducibles a una sola unidad de resultado. Así mismo, al tratarse de una intervención que ataca simultáneamente múltiples aspectos de la vida de la población, puede ser difícil estimar en qué medida los resultados son imputables a la APS o a condiciones de otro tipo. Por ejemplo, las variaciones en la contaminación ambiental afectan indicadores relacionados con infección respiratoria aguda sobre los que también actúa la APS.

Los problemas típicos derivados de la estimación de resultados de la APS cuando se asume desde la perspectiva del análisis de costo-efectividad, están relacionados con: a) la disponibilidad de información que permita medir resultados finales en términos de estado de salud de la población y b) la imposibilidad de comprender en un solo indicador los múltiples resultados positivos que puede ocasionar la APS relacionados con el estado de salud de la población.

Problemas en la medición de resultados finales

De acuerdo con las características de la APS antes mencionadas, se puede observar que todos los principios de APS deben generar como resultado una modificación en el estado de salud de la población. Por lo tanto, lo ideal en una evaluación de costo-efectividad de APS es medir la efectividad a través de indicadores de morbilidad y mortalidad que permitan observar este cambio –además de los indicadores que se consideren pertinentes, no solamente relacionados con la morbimortalidad, que permitan un enfoque apropiado de salud–[6].

La importancia de tener una medición en resultados finales está dada por dos aspectos: a) son resultados valorados en sí mismos como buenos y no exigen análisis adicionales para corroborar su bondad y b) los resultados en términos de salud permiten tener un parámetro claro para concluir si la alternativa es o no costo-efectiva. A continuación se verá por qué:

Para cualquiera de nosotros, o seguramente para la mayoría, sería más válido un programa o intervención en salud que nos genere más años de vida, gracias a que previene unas enfermedades, permite la curación más temprana de otras, proporciona servicios integrales desde varios sectores, etcétera, que otra intervención que posiblemente también lo haría pero con menores alcances. Los años de vida ganados, son valorados en sí mismos como positivos, no debemos indagar mucho si éste es un resultado que la población quisiera o no. Por lo tanto un indicador que nos permita calcularlos no requiere ir más allá de su medición. Pero en este proceso uno puede encontrase con una de dos posibilidades: a) contar con la información disponible para medir morbilidad, mortalidad y por lo tanto, años de vida ganados; b) no contar con la información disponible para medir morbilidad, mortalidad y por lo tanto, años de vida ganados. A continuación

6 Ver Quevedo (1992) para un análisis profundo de las limitaciones del concepto de salud reducido a la no presencia de enfermedad.

vamos a ver cómo se puede llegar a concluir si una intervención en APS es o no costo-efectiva bajo cualquiera de las dos posibilidades.

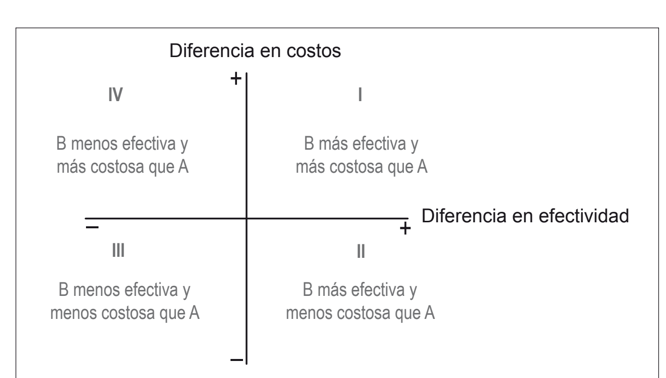
a. Cuándo se cuenta con información sobre años de vida ganados.

Si tenemos un indicador final que nos permite establecer cuántos años de vida se ganaron por haber implementado la atención primaria en un momento dado y contexto específico, la forma de llegar a concluir si esta intervención fue costo-efectiva o no, depende de si la estamos comparando con otra alternativa que igualmente genera un costo para su implementación, o si la estamos comparando con no hacer nada o con seguir con una situación anterior que no genera desembolsos adicionales de recursos y, por lo tanto, ningún costo adicional para su implementación.

En el primer caso, el ejercicio se dirige a medir los mismos indicadores para ambas alternativas de intervención –APS *versus* otra cualquiera–, así como los costos en que se incurre para la implementación de cada una. Se procede a comparar cuál es más costosa y cuál más efectiva –genera más años de vida–. De esta comparación pueden surgir cuatro resultados distintos, como se refleja en el Gráfico No. 1:

- Cuadrante I. APS es más costosa y más efectiva que la alternativa.
- Cuadrante II. APS es menos costosa y más efectiva que la alternativa.
- Cuadrante III. APS es menos costosa y menos efectiva que la alternativa.
- Cuadrante IV. APS es más costosa y menos efectiva que la alternativa.

Gráfico No. 1. Posibles resultados de costo-efectividad incremental entre dos alternativas



Para el caso de los cuadrante II y IV la conclusión es clara y con base en ella se puede tomar una decisión: si APS es menos costosa y más efectiva que la alternativa, quiere decir que es una solución costo-efectiva y, por lo tanto, es la mejor opción frente a la alternativa; si APS es más costosa y menos efectiva quiere decir que la alternativa es la solución más costo-efectiva.

Por el contrario, cuando el resultado cae en los cuadrantes I y III, la conclusión no es tan clara y se requiere de más elementos para tomar una decisión. Si APS es más efectiva pero a su vez más costosa, o menos costosa y menos efectiva, habrá que recurrir a elementos de análisis que permitan responder a la siguiente pregunta: ¿cuánto está dispuesta a pagar la sociedad por una intervención que le genera mayor efectividad pero recursos adicionales?

No existe una respuesta única y objetiva a esta pregunta. Una posibilidad es que el organismo gestor, que finalmente tomará la decisión de la implementación, considere que cuenta con los recursos necesarios para invertir y que vale la pena hacer el esfuerzo de dicha inversión frente a los niveles de efectividad ganados. Ésta es una decisión tomada pensando en los beneficios para la población, o sea, en la rentabilidad social más que en la económica y, por lo tanto, es una decisión política. Otra alternativa, más técnica pero no menos subjetiva, es usar como parámetro de referencia el PIB per cápita. Teóricamente no existe un umbral de costo-efectividad universalmente definido. Cualquier valor utilizado se considera en alguna medida arbitrario. No obstante, Sachs (2001) y Goldie (2005) han usado como umbral el PIB per cápita para compararlo con el costo de un año de vida ganado como resultado de una intervención en salud. El sentido en el cual se entiende el uso de dicho indicador es que lo que cada persona produce al año es lo que estaría dispuesta a pagar la sociedad por ganar un año de vida adicional y, por lo tanto, un costo per cápita mayor a lo que cada cual produce no sería aceptable socialmente. Una interpretación alternativa es que el PIB per cápita, considerado como aproximación al ingreso promedio, representa el máximo posible que puede gastar en un año una persona promedio.

Si el analista toma la decisión de utilizar dicho umbral, el procedimiento que debe llevar a cabo es comparar el costo incremental por año de vida ganado al implementar la APS frente al PIB per cápita local, o del

lugar en donde se está realizando la evaluación. Si el costo incremental es menor que el PIB per cápita, la APS se considera una alternativa costo-efectiva y la decisión es tomada a favor de su implementación.

Existen propuestas de evaluación de costo-efectividad de APS como la del BID (2004) que propone diferentes indicadores de resultado –tales como disminución en un punto en las tasas de mortalidad, o porcentaje de embarazadas debidamente inmunizadas, entre muchas otras–, pero no sugiere umbrales para definir costo-efectividad. En Bogotá, Chicaíza y García (2008) usaron costo por año de vida ganados contra PIB per cápita de la ciudad para evaluar el nivel de costo-efectividad de la estrategia de APS implementada en la localidad de Suba.

Por otra parte se observa, que en algunos países se han identificado umbrales que permiten tomar decisiones sobre el ingreso de una nueva tecnología sanitaria. Los umbrales se establecen en función del costo adicional por año de vida ganado que aporta la nueva tecnología. El estudio de Jönson (2004) presenta los umbrales definidos por diferentes países, donde se observa cómo los países de ingreso alto mantienen umbrales en cifras que serían demasiado altas para ser utilizadas en países de ingreso medio o bajo como Colombia.

Finalmente, cuando se está comparando la APS con una alternativa que no genera costos incrementales o frente a la decisión de no hacer nada, nos encontramos en una situación similar a las del cuadrante I y IV en donde tenemos la certeza de un mayor costo con mayor o menor efectividad, por lo tanto la decisión final aquí se toma según lo expuesto anteriormente.

b. Cuando no se cuenta con información sobre años de vida ganados.

La información sobre resultados finales de las intervenciones requiere de un sistema de monitoreo e información robusto que generalmente no se tiene. No obstante, la experiencia de APS a nivel internacional aporta evidencia sobre la forma, como los principios –integralidad, primer contacto, coordinación y vínculo– contribuyen a mejorar el estado de salud de la población, en términos de reducir potencialmente el riesgo de ingresos hospitalarios y el volumen de muertes que se consideran evitables (Starfield, 2001; Caminal *et ál.*, 2003; Starfield *et ál.*, 2005; Perry *et ál.*, 2003; Macinko *et ál.*, 2003; Macinko *et ál.*, 2007).

Así, ante la dificultad de evaluar los resultados finales de la intervención en términos de mortalidad evitable y, en consecuencia, identificar los años de vida que se ganan como resultado de la misma, se recomienda aquí medir los resultados intermedios en términos de la *estructura* y el *proceso* de los principios de APS, que puedan ser un indicador indirecto de los *resultados* finales de la intervención.

Estas mediciones, de acuerdo con lo expuesto anteriormente en la definición de los principios, pueden ser el grado de utilización de servicios de atención básica, el porcentaje de personas o familias que no tienen barreras de acceso a los servicios básicos de salud, el grado de vínculo medido a través de la confianza y tranquilidad generada por la relación entre familias y prestadores de servicio, entre otras. Las variables para obtener estos indicadores pueden ser obtenidas por medio de encuestas poblacionales.

Estas medidas intermedias se consideran igualmente útiles e idóneas, pero para el caso de la evaluación de APS, generan mayores dificultades para llegar a una conclusión final de costo-efectividad. Esta dificultad depende, de nuevo, de contra qué estamos comparando la APS y en qué cuadrante de resultado nos ubicamos. Si estamos comparando con una alternativa que no genera costos adicionales o si el resultado no es decisivo por ubicarse en los cuadrantes I y III, entonces hay que acudir a un parámetro adicional que nos permita definir el costo-efectividad de la APS. Como se explicó anteriormente, el PIB per cápita es un parámetro aceptado, no obstante, en este caso no es apropiado debido a que su uso tiene sentido cuando se le compara con el costo de generar un año de vida, pero no con resultados en términos de uso, accesibilidad a los servicios, confianza, etcétera.

A pesar de que, como ya se mencionó, en la literatura se aporta evidencia sobre la forma en que los principios de APS contribuyen a mejorar el estado de salud de la población, hasta el momento no hay evidencia de cuantos años de vida se ganan por una mejora en el cumplimiento de estos principios, lo que no nos permite establecer una relación directa entre resultados intermedios y finales y, por lo tanto, hacer una comparación con el PIB per cápita como parámetro de la disposición a pagar de la sociedad por la efectividad obtenida.

Una alternativa es utilizar el PIB per cápita como comparación con el paso de nulo a total cumplimiento de los principios de APS. En este caso se supone implícitamente que la diferencia entre no cumplir los principios y cumplirlos totalmente brinda al menos un año de vida. Es necesario realizar más estudios sobre la relación entre cumplimiento de los principios y años de vida ganados para establecer la validez de este supuesto.

En todo caso, la evaluación de costo-efectividad de APS proporciona al decidor en política un elemento claro de costos con el cual poder tomar la decisión, dependiendo de sus prioridades y de los recursos disponibles para su implementación.

Problemas de un indicador final no agregado de costo-efectividad

Como se mencionó en la sección de costo-efectividad, la limitación de esta herramienta metodológica es que al estar enfocada en un resultado clínico o de salud específico, no permite medir ni observar en un solo indicador todos los beneficios posibles generados por una intervención. Esto para el caso de la evaluación de la APS, es particularmente inconveniente debido a que una estrategia de atención primaria va dirigida a mejorar varios aspectos relacionados con la calidad de vida de la población y así se pudieran medir cada uno de estos resultados; no es posible agregarlos en un solo indicador de efectividad que sea contrastado con el costo total de implementación de la estrategia, ni mucho menos dividir los costos como si una porción de los mismos se hubiera invertido específicamente en generar un único resultado de efectividad. Hacer varios indicadores de costo-efectividad utilizando el mismo costo en el numerador, implica sobreestimar el costo por unidad de efectividad ganada, ya que con el mismo dinero se generan resultados relacionados que sólo se pueden medir y mostrar de forma independiente.

Pasado, presente y futuro de la evaluación económica de Atención Primaria de Salud

La implementación de una política sanitaria, de un programa de salud o de un proyecto sanitario, así como la incorporación al sistema de salud de nuevos medicamentos o de cualquier tipo de tecnología sanitaria, seguramente implicará una cierta asignación de recursos y la renuncia a los usos alternativos de esos recursos. La evaluación económica

contribuye a identificar qué consecuencias se obtienen como resultado de una asignación, ya sea sobre lo que se implementó en el pasado o sobre lo que se piensa hacer en el futuro. En ese sentido, el resultado de la evaluación económica es un indicador sobre el costo por unidad adicional de resultado que se obtiene por la implementación de la política, el programa, el proyecto o la incorporación de nueva tecnología.

Con posterioridad a la declaración de Alma-Ata, algunas críticas a APS se dirigieron a su costo-efectividad –sin medirlo– recomendando en cambio políticas más puntuales –que resultaron en la propuesta de Atención Primaria Selectiva en Salud– para las cuales se contaba con evaluaciones de costo-efectividad, debido a que se trataba de intervenciones más reducidas y medibles fácilmente en ensayos clínicos (Cueto, 2004).

En el pasado se han realizado estudios comparativos internacionales que contrastan el gasto público con indicadores de resultado atribuibles a APS. Starfield & Shi (2002), por ejemplo, encontraron que los países con mejor infraestructura de APS presentaban menores niveles de gasto en salud por persona. Otros estudios (Simms & Rowson, 2003; Castro Leal *et ál.* 2000) sugieren también que la APS es menos costosa y más efectiva. Aunque tales estudios no constituyen evaluaciones económicas directas, sus resultados constituyen evidencia indirecta a favor de su costo-efectividad.

Algunos autores como Coelho y Moreno (2008) han propuesto el uso de indicadores de costo-efectividad, sin mencionar el umbral contra el cual se compararía. Más recientemente, Chicaíza y García (2008) evaluaron el costo-efectividad de APS con años de vida ganados como unidad de resultado y encontraron que APS era costo-efectiva. Así mismo, Carrasquilla *et ál.* (2008) evaluaron costo-efectividad pero tomando cumplimiento de los principios de APS y encontraron resultados favorables a APS.

En la medida en que se realicen más estudios de evaluación económica, se podrán tener más elementos de juicio para la implementación de APS. Los resultados encontrados hasta ahora sugieren que, a diferencia de lo que creían algunos opositores, la APS es una opción económicamente válida para atender los problemas de salud de la población.

Referencias

Alpert, J. & Charney, E. (1974). "The Education of Physicians for Primary Care", pub. No. (HRA) 74-3113, Rockville, MD, Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration. Citado por Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, España, Masson, S. A., Fundació Jordi Gol i Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria.

Badía, X. & Rovira, J. (1994). *Evaluación económica de medicamentos*, Luzán 5, S. A. de Ediciones.

Caminal, J. & Casanova, C. (2003). "La evaluación de la Atención Primaria y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions", en "Marco conceptual", *Atención Primaria en Salud*, pp. 61-65.

Carrasquilla, G., Olaya, C., Chicaíza, L. & García, M. (2008). *Evaluación de costo efectividad de la Atención Primaria en Salud en la ciudad de Bogotá*, Fundación Santa Fe de Bogotá, *mimeo*.

Castro, R. & Mokate, K. (2003). *Evaluación económica y social de proyectos de inversión*, segunda edición, Bogotá D. C., Ediciones Uniandes-Alfaomega.

Castro Leal, *et ál.* (2000). "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?", en *Bulletin of the World Health Organization,* 78, pp. 66-74.

Chicaíza, L. & García, M. (2008). "Evaluación económica y análisis de sostenibilidad financiera del modelo de Atención Primaria en Salud, APS, en la localidad de Suba en Bogotá-Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 7 (14), pp. 110-24.

Coelho, A. C. & Moreno, R. A. (2004). *Una propuesta de evaluación económica del programa de salud de la familia de Brasil*. Nota técnica de discusión de salud enero de 2004, Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Desarrollo Social.

Cueto, M. (2004). "Public Health Then and Now", en *American Journal of Public Health,* 94 (11), pp. 1864-1874.

Drummond, M. F., O'brien, B. J., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2001). *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia aanitaria*, segunda edición, Madrid, España, Ediciones Días de Santos, S. A.

Egger, M. & Smith, G. D. (2001). "Principles of and Procedures for Systematic Reviews", en Egger, M., Smith, G. D., Altman, (Eds.), *Systematic Reviews in Health Care. Meta-Analysis in Context.*

Freeman, G. & Hjortdahl, P. (1997). "What Future for Continuity of Care in General Practice?", BMJ 314:1870-1873, citado por Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, España, Masson, S. A., Fundació Jordi Gol i Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria.

Gold, *et ál.* (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, New York, Oxford University Press.

Goldie, S., Gaffikin, L., Goldhaber-Fiebert, J., Gordillo Tobar, A., Levin, C., Mehé, C. & Wright, T. (2005). "Cost-Effectiveness of Cervical Cancer Screening in Five Developing Countries", en The *New England Journal of Medicine,* 353, pp. 2158-2168.

Jonson, B. (2004). "Changing Health Environment: The Challenge to Demonstrate Cost-Effectiveness of New Compounds", en *Pharmaco-Economics,* 22 Suppl., pp. 5-10.

Kobelt, G. (2002). *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation*, 2nd ed., London, Office of Health Economics.

Macinko, J., Marinho de Souza, M. D. F., Guanais, F. & Cardoso da Silva, C. (2007). "Going to Scale with Community-based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004", en *Social Science and Medicine,* 65 (10).

Macinko, J., Shi, L. & Starfiel, B. (2003). "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development, OECD, Countries, 1970-1998", en *Health Services Research,* 38 (3), pp. 831-865.

Perry, H., Shanklin, D. & Schroeder, D. (2003). "Impact of a Community-based Comprehensive Primary Health Care Programme on Infant and

Child Mortality in Bolivia", en *Journal of Health, Population and Nutrition,* 21 (4), pp. 383-395.

Petitti, D. B. (2000). *Meta-Analysis, Decision Analysis and Cost-Effectiveness Analysis. Methods for Quantitative Synthesis in Medicine*, 2nd ed., New York, Oxford University Press.

Quevedo, E. (1992). "El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas", en *Sociedad y Salud*, Bogotá, Zeus Asesores Ltda.

Sachs, J. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Comission on Maroeconomics and Health, Geneva, World Health Organization.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*, Barcelona, España, Editorial Planeta.

Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, España, Masson, S. A., Fundació Jordi Gol i Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria.

Simms, C. & Rowson, M. (2003). "Reassesment of Health Effects of the Indonesian Economic Crisis: Donors *versus* the Data", en *Lancet 361,* 1382-5.

Starfield, B. & Shi, L. (2002). "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective", en *Health Policy* 60, pp. 201-218.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *The Milbank Quarterly,* 83 (3), pp. 457-502

Varian, H. R. (1998). *Microeconomía intermedia. Un enfoque actual*, cuarta edición, Barcelona, Antoni Bosh editor.

Weinstein, M. C. & Satson, W. B. (1977). "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices", en *New England Jornal Medicine,* 296 (13), pp. 716-21.

13

Participación y empoderamiento comunitario: tareas pendientes de la Atención Primaria de Salud

Ofelia Restrepo Vélez

Paola Andrea Mosquera Méndez

Introducción

> El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia en la gestión pública que se establezcan (Constitución Política de Colombia, 1991).

La intencionalidad de este mandato es clara: se trata de ampliar la democracia y participación ciudadana de las y los colombianos en la toma de decisiones y la gestión pública. Con este antecedente la participación se convierte en *derecho* porque le confiere a la persona –individual, social o comunitariamente– "//13. Facultad natural para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida o //14. Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor o que el dueño de una cosa nos permite en ella" (Real Academia Española, 1970), y por otra parte, le ordena a las instituciones estatales fortalecer las formas organizativas y empoderar a la comunidad para el ejercicio de éste y otros derechos.



Antes de este mandato constitucional, en 1978 los países que firmaron la Declaración de Alma-Ata, donde se define la estrategia de Atención Primaria de Salud, APS, reconocían, aunque con limitaciones, que la participación comunitaria era un *derecho* y una posibilidad de autonomía para los pueblos: "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria" (OPS, 1978). También enfatizaron sobre la necesidad de promoverla y desarrollarla y se comprometieron con el empoderamiento de las comunidades para su participación activa.

> La atención primaria sanitaria: requiere y promociona un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar (OPS, 1978).

En este orden de ideas, la APS, con los componentes de *educación para la salud* y el de *participación comunitaria* como unos de los pilares fundamentales para alcanzar "salud para todos en el año 2000", se vislumbraba como es*pacio* y como *oportunidad* de empoderamiento comunitario para el *ejercicio* del *derecho* de participación, pero no fue así. Muchos asumieron la comunidad como recurso y promovieron su organización y participación, pensando que eran un medio o una *herramienta* para lograr objetivos institucionales. Esta visión hizo que en la práctica, la participación de

la comunidad se instrumentalizara e institucionalizara, limitando, desde todo punto de vista, la autonomía y el ejercicio del derecho de la gente, para poder decidir y participar libremente en el proceso de la gestión y la democracia.

Esta práctica se sigue dando a pesar de los treinta años de la Declaración de Alma-Ata, los diecisiete del mandato de la Constitución y los planteamientos teóricos renovados de la actual Política Pública de Participación Social del Gobierno Distrital. Por lo menos esto es lo que demuestra el análisis cualitativo, de las evidencias disponibles, sobre la experiencia de Participación y Empoderamiento Comunitario, PEC, de la Secretaría Distrital de Salud, SDS, en Bogotá, durante el período de 2004-2007. Éstos y otros resultados son los que se registran en este capítulo.

Esbozo metodológico

Aunque es un estudio cualitativo, la escasez de evidencias escritas, hicieron que el énfasis del análisis se hiciera en la información testimonial. Ésta se logra a través de un trabajo de campo donde se aplican metodologías y técnicas de la investigación social tales como: etnografía, entrevista en profundidad, estudio de caso[1] y grupos focales. También se hacen reuniones de trabajo, conversatorios y talleres de Investigación Acción Participativa, IAP, con expertos del sector salud y conocedores del tema de participación social y comunitaria, con el fin de recoger y confrontar información.

Del análisis surgen como categorías:

1. La escasez de información, evidencias y sistematización de las experiencias de trabajo y participación comunitaria en los servicios de salud en el marco de la APS.

[1] Se elige como estudio de caso la localidad de Suba y en concreto el Hospital de Suba, que es una Empresa Social del Estado, ESE, de II nivel, dado que expertos en APS de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, algunos textos consultados y el Periódico No. 2 ¡*Participación al día*! de noviembre de 2006, reconocen que esta localidad es una de las que más desarrollos tiene en la estrategia de APS y el Programa de Salud a su Hogar. Este estudio de caso servirá para confrontar, desde una práctica, los principios teóricos y filosóficos de la Política de Participación Social y Comunitaria que ha planteado la SDS en el marco de la APS para el período 2004-2007 en Bogotá.

2. La institucionalización, instrumentalización y utilización de la participación comunitaria por parte del sector salud para canalizar recursos y legitimar discursos, programas, planes y prácticas institucionales.

3. Las posibilidades y limitaciones que existen para promover y desarrollar la participación comunitaria como derecho en el contexto colombiano y el marco del actual enfoque de APS y la Política de Participación Social de la SDS.

Estas categorías –por la frecuencia de su aparición en las fuentes consultadas– se imponen como puntos de partida para orientar la interpretación y el análisis informativo. Las preguntas de la investigación marco de este estudio se asumen como ejes interpretativos: ¿qué estrategias de empoderamiento social, de organización y participación comunitaria se han producido como consecuencia de la implementación de APS en Bogotá?, ¿cuáles son las enseñanzas y problemas de las experiencias más destacadas de participación social y comunitaria que se han dado en el marco de la APS en Bogotá? Con las categorías y los ejes, se establecen unidades de análisis que orientan la selección de los testimonios. Así, se entretejen la urdimbre discursiva y los argumentos que sustentan los hallazgos.

Muchas experiencias, pocas evidencias.

> Nosotras empezamos de cero porque nuestra jefe nos dijo "listo, ustedes van a trabajar con organizaciones sociales, con presidentes de Juntas de Acción Comunal, JAC, grupos de adulto mayor, grupos de madres comunitarias […], van a empezar desde cero porque no hay información". ¿Qué hicimos nosotras?, bueno nos remitimos a las organizaciones, bases de datos y no había nada […] Lo que había lo tenía la Alcaldía y parte de nuestra institución, pero era desactualizado; entonces nosotras comenzamos un recorrido de barrios, fue lo primero que hicimos nosotras apoyándonos en la base de datos de presidentes de la comunidad, empezamos a recorrer los barrios de Suba (grupo focal trabajadoras sociales: Gloria Serrano, Dora Fierro y Andrea Díaz, con amplia experiencia en la participación comunitaria en salud. Trabajan en Atención Primaria de Salud, APS, en el Hospital de Suba, Empresa Social del Estado, ESE, II nivel, noviembre de 2007).

La escasez de información, evidencias y sistematización de experiencias de trabajo en participación social y comunitaria en el marco de la APS durante el período 2004-2007 en la SDS, servicios locales de salud y otros

ámbitos, son el común denominador. La mayoría de los textos consultados son borradores o materiales de trabajo no publicados en ningún medio, y de los publicados, algunos no tienen continuidad y tardan en socializarse.

Pruebas de esto se tienen: la falta de regularidad del periódico ¡*Participación al día*! Participación Social-movilización social por el derecho a la salud[2]; la tardanza en la edición y puesta en común del documento final de la Política de Participación Social y Comunitaria. Según la directora de la Oficina de Participación Social y Comunitaria de la SDS, en noviembre de 2007 –fecha en que la administración central está terminando su período de gobierno–, la política "todavía está en elaboración", siendo éste el documento más importante para orientar el quehacer de los niveles locales en esta materia.

El otro hecho que demuestra la falta de sistematización y documentos escritos de la experiencia de APS y participación comunitaria, es la proliferación de documentos en elaboración tipo "borrador" que existen; por esto, muchos de los consultados y analizados para esta investigación no tienen autoría ni otros referentes que den cuenta de un proceso de sistematización rigurosa. Y en algunos casos, los que son publicados por medios virtuales como los de la SDS que son de revisión obligada, por lo menos para sus trabajadores, no tienen la consulta esperada, pues algunos funcionarios carecen de habilidades para manejar este tipo de tecnología, pero en especial "las labores de trabajo con la comunidad y la cantidad de tareas que tienen que cumplir, no les deja tiempo para acceder a estas fuentes", es lo que muchos dicen.

Con el estudio de caso también se encontraron evidencias de la caducidad, tardanza en las publicaciones y de la poca información con que cuentan los niveles locales para el trabajo de APS:

> O sea, bases de datos no había nada decente. No hay nada de contacto de líderes y lo que había lo tenía la Alcaldía y parte de nuestra institución y todo era desactualizado … Entonces nos metimos allá como a lo bruto, empezar a conocer cómo era la dinámica de los barrios […] eso fue como el primer

2 Esta publicación surge por iniciativa de la Oficina de Participación Social y el Grupo Funcional de APS, cuando en septiembre de 2006 se publicó la cartilla de APS y Participación Social, y se hizo un compromiso explícito por promover la participación social en el marco de la APS. Éste es uno de los medios informativos que registra los procesos distritales y locales de la participación social y comunitaria que a veces se tardan en publicarlo.

estrellón porque ni la gente del propio barrio conocía en qué barrio vivía. Y nosotras ¿qué vamos a hacer?, tenemos un dato, pero ese dato no nos sirve, está desactualizado, ese ya no es el presidente […] (grupo focal trabajadoras sociales que hacen trabajo de campo en todos los barrios de la localidad de Suba, impulsando y desarrollando procesos participativos en el marco de APS y el Programa Salud a su Hogar del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, noviembre de 2007).

… El diagnóstico comunitario del 2003 fue publicado en 2006, por eso queríamos la actualización del diagnóstico, nosotros hicimos un proceso de cartografía social por UPZ, porque una de las intenciones de ese diagnóstico era pasar de lo general de la localidad a los territorios zonales … Entonces, se intentó hacer una convocatoria en la que vinieran grupos organizados, grupos de adulto mayor y todo eso […] pero tuvimos varios problemas, primero que las bases de datos que habían (*sic*) eran absolutamente obsoletas, eran desactualizadas e incompletas, no tenían todas las organizaciones anotadas … (coordinadora del PAB del Hospital de Suba, con experiencia en participación comunitaria, APS. Participó del Programa Salud a su Hogar. Bogotá, noviembre de 2007).

Otra dificultad que tenemos es que la edición de los Manuales del Usuario, los cuales ya fueron avalados por la Secretaría de Salud del Distrito y la Gerencia del Hospital, se socializaron tardíamente con la comunidad […] Por otra parte, para dar continuidad a las rutas, se tiene como necesidad adicional la aprobación definitiva de las mismas por el área administrativa de la ESE, para posteriormente socializarla a toda la institución y comunidad. Se tiene como necesidad a corto plazo, la entrega de los lineamientos por parte de la SDS para la elaboración del documento de sistematización […] En cuanto a la elaboración de las rutas, es importante precisar que se elaboraron en 2006, sin embargo durante el 2007 apenas se viene realizando el proceso de ajuste con la coordinación de promoción y prevención. Y con respecto al documento de sistematización, hasta el momento no se han recibido lineamientos, por lo cual no se ha comenzado a trabajar (documento de avances en el Plan de Acción Gestión local 2007, Hospital de Suba, Bogotá).

A esta situación se le suma la poca motivación y práctica que tienen los trabajadores comunitarios del área de salud para sistematizar y escribir sus experiencias, aunque algunos argumentan que “la falta de tiempo y de herramientas metodológicas para escribir. el no conocer los canales para publicar y la cantidad de horas que le tenemos que dedicar a los informes técnicos” no les permite la sistematización.

> La experiencia que hemos tenido […] es que llega un profesional por un año a trabajar con la comunidad y muchas veces no sistematiza esa experiencia y llega otro y ni siquiera conoce a los líderes comunitarios, el anterior no deja un empalme y le toca volver a empezar el proceso, entonces llegan los líderes […] "¡Ay! pero es que la señorita tal trabajó conmigo muy bien, pero ¿qué pasó con ese proceso?" y ahí se rompe totalmente el proceso y la comunidad se frena con nada y no trabaja (grupo focal profesionales del equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, noviembre de 2007).

Estos problemas de la información obstaculizan procesos del conocimiento en investigadores, gestores, tomadores de decisiones, trabajadores de salud y comunidades; pero también dificultan el planteamiento, asimilación e implementación de políticas y programas de salud; favorecen la confusión y proliferación de literatura gris, que muchas veces no tiene rigurosidad ni validez pero se asume como verdadera para argumentar y justificar planes o programas; no permiten la optimización de recursos ni la pertinencia de las acciones y por último, entorpecen el empoderamiento comunitario y su participación real e introducen ruidos en la comunicación a nivel nacional, distrital, local y comunitario.

¿Instrumentalización o participación?: una cosa es la teoría y otra la práctica.

> … Pues el trabajo no ha sido fácil porque el acercamiento con la comunidad es bien complicado cuando ha habido un historial digamos en el que la población ha sido vulnerada en sus derechos; sí, cuando ha sido utilizada para cumplir sus objetivos […] Porque es difícil cuando las instituciones dicen "que la gente –léase la comunidad– participa y todo" y en realidad no es así, la gente está cansada de que la utilicen, de ser un idiota útil como dicen ellos, porque ellos lo dicen así, ser un idiota útil para cumplir unas metas sí, y que la comunidad la utilicen para tal fin, cumplen su objetivo, llenan su instrumento o cumplen con su pregunta y ya. Esa es la participación que hay (grupo focal trabajadoras sociales: Gloria Serrano, Dora Fierro y Andrea Díaz, con amplia experiencia en la participación comunitaria en salud. Trabajan en APS en el Hospital de Suba, ESE II nivel, noviembre de 2007).

Lo que evidencia este testimonio es que la participación comunitaria después de treinta años de la Declaración de Alma-Ata y dieciocho de la

nueva Constitución Política de Colombia, sigue siendo instrumentalizada y utilizada por las instituciones para el logro de sus objetivos.

A pesar de los planteamientos teóricos de la actual Política de Participación Social de la SDS, los mandatos, mecanismos y reglamentos gubernamentales que existen para promoverla y desarrollarla en el marco del derecho, de la acción política y la democracia, el sistema y los servicios de salud de Bogotá la siguen asumiendo y aplicando como recurso. Esta visión instrumentalizada y la inconsistencia entre teoría y práctica no permiten el empoderamiento de la comunidad ni su participación en la toma de decisiones, y mucho menos el ejercicio del poder en la gestión pública y demás espacios sociales que en definitiva son el propósito de la participación comunitaria como derecho.

En los principios filosóficos que orientan la actual Política Distrital de Salud se dice que la Atención Primaria de Salud:

> Es la estrategia adoptada para desarrollar la actual Política Distrital de Salud, basada en la integralidad de la atención en salud, según las necesidades de las personas. Y dicen también que […] para avanzar en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y lograr su permanencia en el tiempo, más allá del período de gobierno actual, es requisito fundamental alcanzar una real participación comunitaria en el desarrollo de todo el proceso (Zambrano, 2006).

En este marco conceptual se asume con mucha claridad que la Participación Social y Comunitaria, PSC, es un derecho, un componente fundamental para desarrollar APS y que el empoderamiento de las comunidades se debe garantizar para lograr la construcción de una ciudadanía activa. En este sentido, la Secretaría Distrital de Salud insiste en la necesidad y urgencia de promover y desarrollar, territorial y localmente, una "real participación comunitaria" para avanzar en la estrategia de APS. Y para ello, proponen "… la consolidación de espacios de organización social, del conocimiento y análisis de la problemática de salud y de sus determinantes, continuando con la gestión comunitaria en salud en los barrios y UPZ, logrando la movilización social por la exigibilidad del derecho a la salud" (Zambrano, 2006).

Sin embargo, llama la atención que siendo éstos los principios rectores de la política, en muchos textos analizados y en la práctica el énfasis

está puesto en la promoción y desarrollo de la participación comunitaria, principalmente, para la identificación y priorización de necesidades y problemas; la elaboración de diagnósticos y planes de salud; la búsqueda de alternativas y soluciones; la ejecución de algunas actividades –en especial las definidas por la SDS en los lineamientos para los prestadores de servicios de salud–; el control social en evaluación de resultados y calidad de la atención; la promoción y mercadeo de servicios institucionales; la inclusión al sistema de aseguramiento y ampliación de "coberturas útiles" y la movilización ciudadana para conseguir recursos y nombrar delegados de la comunidad como representantes ante las instituciones y espacios participativos reglamentarios (Participación al día, 2006; Equipo de Gestión Social, 2007).

Tanto los documentos que le dan cuerpo a la política como las normativas de la formas organizativas y espacios de participación social en salud (Decreto 1757 de 1997 de los Comités de Participación Comunitaria, COPACOS, Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria y Comités de Veeduría en Salud) dejan por fuera o plantean muy tímidamente la horizontalidad y efectividad en la comunicación; la información y conocimiento; la distribución y redistribución de los recursos; el control del gasto; las contrataciones, asignación de recursos y presupuestos; la evaluación y seguimiento de la gestión pública en todos sus componentes, etcétera, que en definitiva, son los espacios de participación que dan poder, autonomía y legitimidad frente al Estado y la gestión púbica. Estos espacios de participación empoderan, permiten el ejercicio del derecho, el poder político y la acción social en la toma de decisiones y la democracia.

Como se consagra en la Constitución Política Colombiana de 1991, la participación individual, social y comunitaria es un derecho en sí mismo y como tal es inalienable. Por lo tanto no puede ser enajenada, condición o garantía indispensable para el logro de otro derecho, en este caso la salud. Tampoco debe ser utilizada como medio o fin para lograr objetivos, metas, ampliar coberturas o mejorar la calidad de vida, como se plantea en la estrategia APS y en la política de salud de la SDS.

> Dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se comprende la participación como un medio y un fin que busca la afectación de determinantes en salud exigiendo transformar entornos a partir de fortalecer la respuesta y gestión social organizada de los ciudadanos, el reconocimiento y comprensión de las

> necesidades sociales en territorios y ámbitos de vida cotidiana, el ejercicio del control social sobre los recursos y programas públicos y la movilización social para exigibilidad del derecho a la salud.

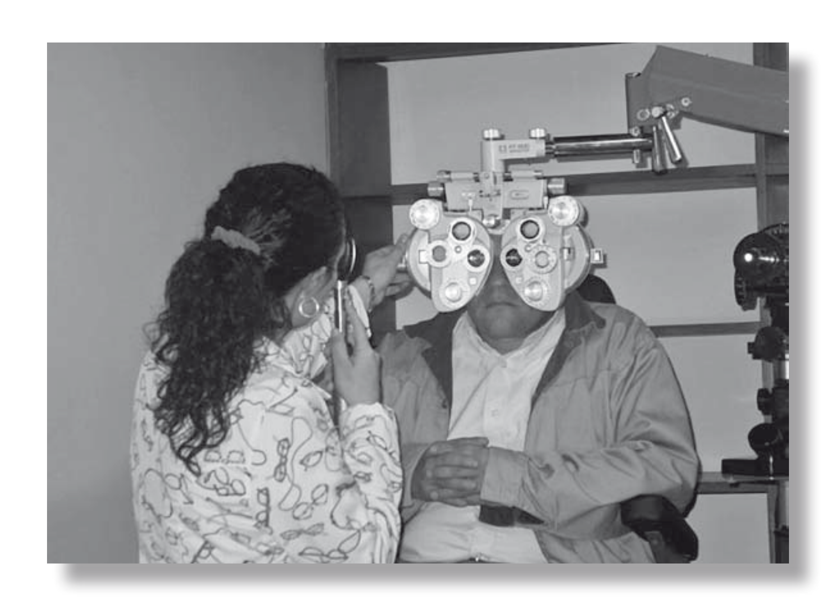
Cuando la participación comunitaria se asigna o imputa como imperativo para lograr salud –u otro derecho– y calidad de vida, como en este caso, ésta deja de ser un derecho para convertirse en un recurso, un instrumento o una herramienta al servicio del sistema. Esto significa, en otras palabras, que la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar la salud y la participación de los pueblos, sigue siendo una responsabilidad más que se le impone a las comunidades, dada la falta de cumplimiento por parte de las instituciones. En estas condiciones, la participación pierde su sentido, representación simbólica y valor significativo como derecho fundamental de la persona. Se reduce a la categoría de requisito y queda inmersa, absorbida, condicionada y a expensas de otros derechos.

Desde que se concibió la estrategia de APS en Alma-Ata, éste es el sentido que ha tenido la participación comunitaria, junto con el de pobreza. Esto explica en parte por qué la participación que se promueve y desarrolla desde el sector salud, incluso en la actual administración que tiene discursos renovados, sigue siendo promovida en los estratos más pobres –I y II–, ahora llamados "población vulnerable", y utilizada para optimizar recursos, ampliar coberturas y disminuir costos. A estas funciones se le suma otra que surge del actual Sistema de Salud, la promoción de servicios institucionales. Se utiliza como estrategia de mercadeo y venta de servicios.

> La participación comunitaria [...] la que actualmente se ha llevado, es más como instrumental, o sea, vamos a hacer o vamos a legitimar este diagnóstico, esta intervención, es muy de ese tipo la que nosotras alcanzamos a hacer con nuestras limitaciones, además porque hay poca gente dedicada a eso, o sea, es que el recurso [...] hágalo cada quien como pueda. Ve, no hay gente dedicada solamente apoyar la comunidad, a acompañar a esas organizaciones y a acompañar esos procesos, ni siquiera en la formulación de proyectos porque mira lo que pasa, inclusive se han hecho hartas cosas, por ejemplo, sentarse y hacer el proyecto con la comunidad y que quede radicado allá en el banco de proyectos, o el comedor comunitario o el jardín o el hogar para los abuelos, pero ya cuando el proyecto sale, el proyecto allá lo contratan con otro, a la comunidad que lo planteó la tienen en cuenta para decirle "yo político les saqué el proyecto adelante, pero para nada más" o lo coge

> otro y lo ejecuta y esa era la gran discusión de la gente con los comedores comunitarios, los comedores comunitarios para que se dieran tenían que tener proyecto radicado en la Alcaldía. El barrio tenía que haber radicado un proyecto de comedor comunitario para su zona pero después cuando salían elegidos lo ejecutaban ahorita Cafam, Colsubsidio, las ONG que se montaron y la gente venía y le decía a uno: "pero si nosotros fuimos los que hicimos el proyecto, nosotros podemos, nosotros sabemos cocinar", pero no tenían una personería jurídica, una cuenta en no sé dónde, una certificación, un contador, un revisor fiscal. El mismo sistema le pone trabas, entonces a la hora de contratar no son iguales, a la hora de contratar eso lo puede hacer mejor una entidad como Colsubsidio o una ONG de esas que se armaron, porque se armaron de un día para otro ONGs sólo para ejecutar los comedores (coordinadora del Programa de Atención Básica, PAB, y grupo focal de profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública. Hospital de Suba, II nivel. Bogotá, 2007).

Como se evidencia en éste y otros testimonios, y en muchos de los textos analizados, los componentes que dan poder y participación real a las comunidades, por lo general en la práctica no se promueven en ninguno de los niveles administrativos y de prestación de servicios en el sector salud. Los tomadores de decisiones o entes de poder permiten la promoción y el desarrollo de la participación social y comunitaria pero "hasta cierto punto, hasta un límite". Muchas instituciones de salud "tienen



miedo a ser cuestionadas y controladas por la comunidad, tienen miedo a que las prebendas que les dan 'las contrataciones, el mando y el control financiero', se pierdan y que las ganancias tengan que ser repartidas entre muchos" (comentarios que hacen profesionales de la salud que trabajan en la parte operativa de los programas de APS, PAB y Salud Pública, en diferentes localidades. Bogotá, Octubre de 2007).

> Hay una crítica constructiva y es que nosotros somos, sobre todo, los profesionales en el área de salud. Yo pienso que nos convertimos en la herramienta para empoderar [...] entonces trabajamos en la vía de la institución y trabajamos en la vía de la construcción como tal [...] entonces nos cogen y nos dicen "bueno, ustedes tienen estas herramientas para empoderar gente, movilizar gente, concientizar (*sic*) gente, formar gente, pero usted en el momento en el que la gente está muy educadita y muy sabidita me hacen el favor y terminan su vía acá de protección" y dicen ya [...] y dicen [...] cierto, como minimizar ese empoderamiento que en un momento dado logramos. Tienen miedo a esto, porque creo que a nivel de institución hay muchas fallas, entonces cuando generas tanto control social eso se les devuelve. Sí, es un miedo de las instituciones a enfrentar esa realidad, y vuelvo al tema del acueducto, el que más contamina en Bogotá es el acueducto [...] Ojo, es el que más contamina las fuentes de agua, entonces cuando se hacen audiencias públicas, obviamente ellos ya toman una posición, ellos no generan esos espacios locales porque ya saben que están contaminando y eso les cuesta mucho dinero, imagínate hasta dónde están llegando, entonces es el miedo de las instituciones. Yo me hago la reflexión de nosotros como profesionales, como funcionarios, como comunidad hemos caído en un momento de conformismo, de mediocridad mental, de no querer pensar más allá sino que nos dan unos lineamientos y ahí nos quedamos y lo que queremos o lo que quieren es [...] también se vuelve un problema de la institución, tienen miedo a perder el control (reunión con profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, octubre de 2007. Grupos focales con el mismo equipo, con expertos y trabajadores en el tema de la participación social y comunitaria y la APS, en el encuentro taller de noviembre de 2007).

> En las comunidades los funcionarios llegan hasta cierto punto y dan la información como decíamos nosotras, hasta cierto punto. Hasta el punto que le interesa a la institución ¿por qué?, porque si yo le llego a decir más, digamos como ciudadano, usted tiene derecho a esto, a esto a esto, usted le va a exigir al hospital y de pronto al hospital no le conviene, ni a mí tampoco porque de eso puede depender mi puesto ¿sí?, entonces hasta donde le convenga a la

institución yo le doy la información a la comunidad, yo lo empodero supuestamente hasta donde a mí me convenga. Digamos, quiero que esa persona como que se despierte y exija, esto puede ser un arma de doble filo para mí porque resulta que le van a exigir más al hospital (grupo focal profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, noviembre de 2007).

Con este panorama, se puede decir que la participación comunitaria hace mucho tiempo perdió –o no lo tenía– su carácter de derecho para convertirse en un instrumento. Es una categoría institucionalizada a la que le imponen límites, normas y regulaciones. Con el análisis de la información nos damos cuenta de cómo en el discurso y la práctica sólo se reconocen aquellas organizaciones comunitarias que son legitimadas y reglamentas por el Estado y el Sistema de Salud. Los documentos de la SDS analizados, que promueven el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, limitan la acción a las creadas y reglamentadas por el Decreto 1757 de 1994: Asociación de Usuarios, AU, Comités de Participación Comunitaria, COPACOS, Comité de Ética Hospitalaria y Comités de Veedurías en Salud (seis) y las que surgen espontáneamente de la comunidad ni se mencionan. Si no tienen personería jurídica y representación numérica no se reconocen ni se tienen en cuenta en los espacios de participación institucional, o simplemente son absorbidas por el sistema para el logro de sus propios fines.

De las creadas por el Estado como la Veeduría Ciudadana y los COPACOS, que son organizaciones con mayor posibilidad de participación comunitaria en la vigilancia, resultados, prestación de servicios y gestión financiera de la gestión pública (Artículo 20 de Decreto 1557 de 1994) son poco promovidas y desarrolladas por el sector salud. La misma suerte corren otros entes de participación y poder social como los Consejos Locales de Planeación, CLC, Consejos Locales de Políticas Social, CLDPS, y los Consejos Locales de Gobierno, CLG.

En el Artículo 8° numerales 1 y 4 del Decreto 1757 de 1994, se reglamenta como funciones del COPACO la participación en la planeación, distribución, asignación de recursos, la vigilancia y el control del gasto del sistema de salud de cada localidad. Sin embargo, esta posibilidad se limita cuando en el numeral 6 se suscribe la participación de la comunidad "prioritariamente a las actividades de atención preventiva, familiar, extra hospitalarias y control del medio". Esto significa que a pesar de ser

uno de los mecanismos más amplios, en su concepción y práctica los COPACOS siguen teniendo limitaciones para el empoderamiento de la gente y su participación en la toma de decisiones, la gestión pública y la democratización del poder.

> Lo que le pasa al COPACO es que éste hace un proyecto, lo radica, sale el proyecto por doscientos millones pero no tiene personería, o tiene personería jurídica pero no tiene todos los requisitos para contratar, entonces se lo dan a una universidad. O sea que el COPACO no tiene posibilidades de ejecutar y de manejar la plata ni de contratar, no, porque es que cuando tú vas a contratar te piden una cantidad de requisitos, incluso ahora tenemos [...] pero en la contratación por medio de Ley 80 que le piden [...] Nosotros tenemos que hacer ahora un contrato con un cabildo indígena que es una organización que tiene su personería, que es independiente, autónoma y todo, entonces para contratarlo ¿qué tiene que tener?, una cuenta de banco. Ellos van a hacer un proyecto, para hacer el plan de desarrollo de la comunidad indígena una cantidad de cosas, pues es un lineamiento que puso la Secretaría pero que no lo contrató directamente, que lo tenemos que contratar nosotros o sea nos toca llamarlos y decirles "para que usted pueda contratar con nosotros, teniendo la plata asignada y siendo usted el único proponente o es usted o usted, le toca que se organice, que tenga una cuenta bancaria, un registro fiscal, un proceso de contabilidad, me certifique, no sé cuántas unidades para poder contratar", porque para hacer contratos hay que tener una capacidad de contratación que se la dan a uno, medida por el histórico de la empresa y todo eso va haciendo que la organización comunitaria no va a poder ser contratada algún día por el Estado [...] La ley 80 es una ley de contratación general, no sólo para salud, es para todo, entonces esa vaina limita, vuelvo y te digo [...] ¿cuál es la frustración del COPACO con todo su proceso? Tienen que tener registro tributario [...] RUT (coordinadora PAB y grupo focal de profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública. Hospital de Suba, II nivel. Bogotá, 2007).

El COPACO es una organización que tampoco tiene autonomía para contratar servicios ni manejar recursos, por lo tanto, es una organización dependiente del sistema y en este sentido, muchos han sido mediatizados y absorbidos por una dinámica institucional que los instrumentaliza y los pone a su servicio, incluyéndolos en una lógica de poder y burocracia, que no les permite sus propios desarrollos. De las funciones que se le asignan, las que han tenido mayor desarrollo son las de diagnóstico, programación y ejecución de algunas actividades, las demás siguen

siendo marginales, bien porque muchas veces no se tienen en cuenta y no se impulsan, o porque el proceso de gestión y participación en otras fases queda inconcluso, entre otras razones por cansancio, falta de asistencia y representatividad o por desmotivación de los mismos líderes comunitarios que las componen, quienes abandonan el proceso al ver que sus propuestas no tienen eco en los demás actores ni se incluyen en los acuerdos.

Esta visión institucionalizada e intrumentalizada de la organización y participación comunitaria también se explica por la insistencia en el discurso institucional de promover y desarrollar la participación comunitaria, principalmente para diagnósticos, planes, actividades, promoción de servicios, evaluación y control de calidad de la atención, y por la exigencia que hace el sector salud de las formas "organizadas" y la representatividad de la comunidad –tener personería jurídica y representación "democrática" o numérica– para poderles reconocer y legitimar su participación en los espacios institucionales.

El miedo y las limitaciones que imponen las instituciones para la participación de la comunidad en la toma de decisiones, la falta de continuidad y compromiso por parte de la SDS con los procesos de participación y empoderamiento comunitario que lidera el nivel local y el "manoseo" que sufre la comunidad como consecuencia de la institucionalización e instrumentalización de su participación, son la evidencia de que la Política de Participación Social y Comunitaria en sus planteamientos teóricos y en la práctica sigue teniendo limitaciones y dificultades para el ejercicio de la participación como un derecho del sujeto social y político. En algunos de los documentos de la SDS, estas limitaciones se expresan como la fractura entre lo social y lo político; la debilidad de la cultura democrática; la institucionalización e intrumentalización de la participación comunitaria por parte del sistema de salud y la desarticulación distrital de salud (Alcaldía Mayor de Bogotá & SDS, s.f.).

El reconocimiento explícito de estas limitaciones significa que a pesar del nuevo discurso y las intensiones de la SDS, sigue habiendo tensiones muy importantes en la Política de Participación Social y Comunitaria en varios aspectos: la Ley 100 y la Política Distrital de Salud; el derecho y la normatividad; el nivel central-distrital y el nivel local; el discurso y la práctica; lo conceptual y lo simbólico; la planificación-organización y lo operativo; los fines-objetivos y los recursos asignados; los lineamientos

de la política y el propósito de APS; las funciones de trabajador público y el ejercicio de ciudadanía-el derecho de participación, que tienen los profesionales de la salud en los espacios institucionales; los programas del PAB, Salud Pública y el componente de la participación comunitaria; las necesidades e intereses institucionales y las necesidades e intereses de las comunidades; la continuidad en los programas, el compromiso y el tipo de contratación de los trabajadores; los tiempos en los procesos institucionales y los tiempos en los procesos comunitarios.

Estas tensiones junto con la institucionalización, instrumentalización y utilización de la participación comunitaria, son la evidencia de que a pesar de los planteamiento teóricos renovados de la SDS, la práctica de la participación comunitaria sigue siendo una práctica orientada por aquellas concepciones que concebían la organización y participación comunitaria como recurso y como medio para ampliar coberturas, disminuir costos y lograr objetivos o metas institucionales.

Por ejemplo, en el concepto de corresponsabilidad que aparece como criterio de control social y seguimiento de la gestión pública en el nuevo discurso de la actual política, en su más profundo significado, se enmascaran los mismos sentidos que tenían en los años ochenta la participación y la autogestión. Es la forma como la comunidad debe "aportar" a las instituciones de salud, para que éstas en correspondencia, le garanticen el "derecho" a la salud. En otras palabras, es la obligación, no el derecho, que se le imputa a las comunidades de participar en lo que el sistema y los servicios de salud consideran pertinente, o más adecuado para mejorar su salud y calidad de vida, eso sí, siempre en el marco de las necesidades, programas y lineamientos institucionales y no de las necesidades y requerimientos de las comunidades.

Resultado de este esquema y del desconocimiento y vulneración de muchos de los derechos, las comunidades también han aprendido que la organización y participación comunitaria es una estrategia, un instrumento y un medio para hacerse oír y visibilizarse; pero sobre todo para acceder a aquellos beneficios como la salud, que por derecho les toca y que se les niega. En esta práctica es común que muchos líderes, aprovechándose del poder que la comunidad e institución les confiere, por su "representatividad", utilicen los espacios de participación como medio para lograr prebendas individuales, tales como el acceso a servicios y recursos, consecución y agilidad en las citas hospitalarias, reconocimiento

público, mejoramiento en sus condiciones de vida, algún empleo, etcétera. Prácticas y tipos de liderazgo que en lugar de promover la autonomía y el desarrollo de los pueblos, reproducen las formas perversas de gobierno y de poder, que predominan en la sociedad.

Algunos avances –que son pocos– logrados en el empoderamiento de algunas comunidades en el marco de APS y la actual Política de Participación Social y Comunitaria, se deben principalmente a dos factores: a los esfuerzos que hacen aisladamente algunas localidades, el caso del Hospital de Suba por ejemplo, que "yendo en contravía de lo establecido por el nivel central en los lineamientos y orientaciones" logran asignar recursos económicos y contratar profesionales idóneos para el trabajo comunitario.

> El lineamiento que da la intervención dice qué recurso humano lo hace, cuánta plata y cuántas horas tiene esa intervención, cómo lo auditan y cómo lo glosan si describe exactamente qué hay que hacer, entonces tú no te puedes salir de eso, de ese lineamiento porque es motivo de que lo glosen y glosar es que no te pagan lo que hiciste. Y en el caso de la participación comunitaria, ahí digamos que a nosotros no nos pagan por participación comunitaria, nos pagan por reunir un grupo de veinticinco gestantes y llevarlas a hacer un recorrido en estas condiciones por el humedal, entonces yo podría decir, lo que las gestantes necesitan no es ir a hacerle un recorrido al humedal sino otra cosa, pero el lineamiento dice que tienen que ir, que si no son veinticinco sino veinticuatro no le sirve el grupo, que tiene que …
>
> Por ejemplo, ahorita nosotros teníamos en el lineamiento que hacer unos grupos de acciones basadas en comunidad con desplazados, el grupo de acciones basadas en comunidad, son doscientas sesenta horas con cada grupo, los desplazados no se le miden a eso, doscientas sesenta horas con un grupo efectivo de sesión hablándoles de comer bien, de no fumar y de actividad física, entonces los desplazados no quisieron hacer ese proceso con nosotros, nosotros tuvimos que mandar un aval pidiendo que cambiáramos eso, esas actividades de hablarles de comida y todo eso a los desplazados por unos talleres productivos. O sea es decirles que comieran frutas, verduras, carne, pollo cuando no tienen, entonces qué dijimos nosotros, intentamos y hasta ahora recibimos el aval, llevamos todo el año negociándolo con la Secretaría de Salud para no hacer lo que ellos mandan en el lineamiento (coordinadora del PAB del Hospital de Suba, con experiencia en participación comunitaria y APS. Participó del Programa Salud a su Hogar. Bogotá, noviembre de 2007).

El otro factor que ha permitido empoderamiento en las comunidades es que las personas o referentes –como llaman a los encargados de un área de trabajo en la prestación de servicios de salud–, que están en lo operativo en los barrios y en contacto con la gente, aseguran que han trascendido las barreras que la institución y las normas les imponen. En sus propias palabras "han ido más lejos de lo que la institución les permite", "se han quitado la camiseta del hospital y se han puesto la de la comunidad", "han dejado de ser funcionarios para convertirse en ciudadanos de derechos y parte de la comunidad". En este sentido, reconocen que no sólo les dan la información y les prestan los servicios que el hospital tiene establecidos, sino que les dedican mucha parte de su tiempo, acompañan a la comunidad en otras actividades y procesos, por ejemplo orientándolas sobre la gestión de recursos y solución de problemas; el acceso a espacios de participación y el conocimiento y exigibilidad de los derechos, etcétera.

> Yo llego a una comunidad y todos me reconocen y es porque yo me meto en ellos, pregunto ¿qué hay?, ¿cómo están? […] yo me entro tanto en mi función que a veces me olvido de que soy profesional y pienso en ellos, que si tienen alguna dificultad me encamino a ver cómo solucionamos eso […] Acá en el hospital yo me he salido de muchos lineamientos, yo no me someto sólo al hospital, yo de la experiencia que tengo, los conocimientos que tengo, yo referencio, dirijo y les digo, miren vayan a tal parte, hagan tal documento, ustedes pueden, reclamen este derecho que […] y les doy la instrucción y les sirve. O sea, yo me meto tanto en mi profesión que yo a veces me digo, pero si soy del hospital y si llegan a decir; pero la gente lo requiere y si tengo los conocimientos por qué no le puedo dar ese granito de arena a esa familia o a esa comunidad (grupo focal de trabajadoras sociales que hacen trabajo de campo en los barrios de la localidad de Suba, impulsando y desarrollando procesos participativos en el marco de APS y el Programa Salud a su Hogar del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, 2007).

Salud a su Hogar "la pata que le nació al cojo": ¿estrategia o recurso?

La estrategia de atención primaria se desarrolla en los territorios más vulnerables a través de Salud a su Hogar, SASH, que parte de la realización de acciones encaminadas a: identificar las necesidades sociales, organizar la respuesta sectorial a éstas, ejecutar las intervenciones de manera integral,

abogar por la respuesta transectorial y movilizar a los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

… Los equipos de Salud a su Hogar de cada territorio se han convertido en actores fundamentales para lograr el vínculo entre la comunidad, los servicios de salud, otros sectores e instituciones que desarrollan acciones para modificar las condiciones socioeconómicas, ambientales, culturales o políticas que determinan la salud o la enfermedad, buscando un entorno seguro y saludable.

De igual manera han fortalecido la participación comunitaria avanzando en el proceso de lograr comunidades comprometidas, las cuales vienen haciendo propuestas y asumiendo responsabilidades, acciones y decisiones para mantener y recuperar su salud, así como para avanzar en la satisfacción de sus necesidades básicas y el mejoramiento de la calidad de los servicios (Zambrano, 2006).

Este programa, por sus características y posibilidades en el contacto directo con las comunidades, podría ser un mecanismo para la promoción y el desarrollo de una participación social y comunitaria a nivel de las localidades, con miras a la toma de decisiones y al ejercicio del derecho, por lo menos para las comunidades de los estratos sociales I y II. Sin embargo, al revisar sus enunciados, nuevamente en su enfoque se nota una función instrumental de la comunidad y de la participación. Tomemos el último párrafo de este mandato como sintaxis lingüística y veamos lo que nos revela. Por su contenido y función comunicativa se evidencia que lo que se pretende con este programa es el "fortalecimiento de la participación comunitaria en el proceso de lograr comunidades comprometidas". Y el "compromiso" se refiere a la responsabilidad que se le impone a la comunidad en las "acciones y decisiones para mantener y recuperar su salud, así como para avanzar en la satisfacción de sus necesidades básicas y el mejoramiento de la calidad de los servicios". Lo que significa que la responsabilidad que tiene el Estado de brindar salud y calidad de vida, como garante de estos derechos, en este caso, también se le delega a la comunidad bajo el lema de que "debe comprometerse y que tiene que ser responsable", como si la garantía de un derecho dependiera del compromiso o responsabilidad del que lo recibe y no del que está obligado a proveerlo. Como vemos, este programa tampoco da respuesta a lo que se pretende con la promoción de

la salud, la organización y la participación como derechos. Éste sigue siendo un programa con un enfoque que institucionaliza y convierte en recurso o instrumento los derechos que tienen las personas.

Esto explica por qué los alcances del programa –a pesar del tiempo que lleva–, en la mayoría de los casos que reporta la literatura revisada no van muy lejos, son limitados y se ubican principalmente en los aspectos que tienen que ver con la participación de la comunidad en identificación de problemas y necesidades sociales; caracterización de las comunidades; elaboración de diagnósticos en salud; promoción de servicios de salud; captación e inclusión de nuevos usuarios al sistema; sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción; ampliación de algunas coberturas en servicios principalmente en adulto mayor, gestantes y niños y la entrega de algunos subsidios para vivienda a familias del programa en el marco del Convenio Interinstitucional 8029 del 17 de abril de 2006 suscrito entre la SDS y la Caja de Vivienda Popular y Metrovivienda (Participación al día, 2006 y 2007).

La movilización de otros actores y sectores que participen en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias no ha sido muy exitosa. Es otro de los objetivos del programa que aún no se logra.

> Generar acuerdos con otros actores y otros sectores que no sean de salud es muy difícil porque cada uno tiene lo suyo, unos cupos, unos recursos y nos ven a nosotros los de salud como los que vamos a darles órdenes. APS y el programa tiene salud, los demás sectores también lo deberían asumir. Por eso muchos casos que detectamos y que deben ser atendidos por otras instituciones como educación, trabajo, etcétera, se quedan sin atender así los remitamos.

Esto es lo que manifiestan reiterativamente algunos profesionales de la salud que trabajan con el programa de Salud a su Hogar, el PAB y salud pública, de la localidad de Suba y la SDS. También lo expresan como inquietud el Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba y el grupo de expertos trabajadores de APS y participación social.–Grupos focales y encuentro taller 2007 en Bogotá–.

> Los alcances de Salud a su Hogar para nosotros, más que todo han sido en identificación de cosas como discapacidad o violencia intrafamiliar que eran cosas que estaban escondidas, ese trabajo de campo ha sacado a flote y ha permitido que se identifique y que se intervenga también […] Para nosotros



> más que el impacto […] lo que se ha hecho es lo de violencia intrafamiliar, suicidio, e intervención psicosocial, lo de discapacidad, es más que las mismas reducciones en muertes. Más que todo es lo que no se evidenciaba por consulta ni por acceso al hospital o acceso a los servicios de salud, o sea, que ese sería uno de los resultados máximos de la estrategia, de la aplicación de la estrategia de Salud a su Hogar y la intervención en los casos identificados […] No ha logrado articular por ejemplo lo de salud pública y eso se está intentando porque no es tan sencillo […] Lo del aseguramiento es cuento aparte, eso nosotros no lo vamos a impactar, lo que vamos a impactar es que el usuario tenga más claridad de cómo moverse en el sistema, sí, porque el promotor y el equipo le va a decir "mire, es por allí o es por allá", si lo atendieron o no lo atendieron, como ese seguimiento, como ese acompañamiento porque el sistema sigue estando y va a seguir estando. Es un acompañamiento para que el usuario se integre al sistema o lo entienda (coordinadora del PAB y grupo focal de trabajadoras sociales que hacen trabajo de campo en los barrios de la localidad de Suba. Hospital de Suba ESE II nivel, Bogotá 2007).

En aquellas localidades como Suba, donde todo el equipo de salud asume el compromiso con la APS, la participación comunitaria y el Programa de Salud a su Hogar, y van más allá de los mínimos, se observa que han logrado fortalecer su protagonismo y capacidad gestora en la intersectorialidad –aunque todavía insipiente como ellos mismos lo reconocen–, y trascender algunos esquemas y límites impuestos por la normatividad, la Ley 100, la Política Distrital de Salud y el régimen de contratación, etcétera.

En esta localidad, además de los resultados ya enunciados con el Programa de Salud a su Hogar, se identifican otros de mayor alcance que van en la dirección de generar empoderamiento de las comunidades, mejorar la salud y calidad de vida de la gente, y disminuir inequidades en salud. Entre éstos se encuentran: inclusión de las familias del estrato III en los programas de APS; identificación y atención de patologías "escondidas", principalmente sociales como el embarazo en adolescentes o menores de edad, suicidios, maltrato y abuso infantil, violencia intrafamiliar, drogadicción y alcoholismo, delincuencia, etcétera; identificación y atención de casos con problemas de salud que no acceden al hospital; mejoramiento en la accesibilidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud; oportunidad en la intervención y remisión de casos detectados; ofrecimiento de servicios complementarios; información y acompañamiento a las personas y grupos sobre el SGSSS, el régimen de vinculación y las rutas de acceso a los servicios; actualización de la base de datos de las organizaciones sociales y comunitarias de la localidad; entrenamiento y capacitación en temas de salud, gestión social y de derechos a las organizaciones comunitarias; acompañamiento y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de participación ya existentes; promoción y desarrollo de la interlocución de las comunidades con las instituciones de salud, otros entes territoriales y viceversa; ampliación del conocimiento de las comunidades al darles herramientas metodológicas como la cartografía social y poner en común con ellas la caracterización de la comunidad, los diagnósticos y planes locales de salud; fortalecimiento en interrelación y gestión intersectorial con la administración local y entes territoriales.

> Es más, yo digo que APS y Salud a su Hogar en concreto han servido [...] muchas veces cuando nosotros vamos a socializar el proceso que se hace de la caracterización, y eso les ha servido a las comunidades como de herramienta para conocer un poquitico más su comunidad y digamos ellos nos invitan a nosotros, nos han invitado a sus asambleas o a los eventos que tienen en su comunidad para socializar, para que la gente se entere un poquito más del proceso que se hace por parte del hospital y de otras instituciones de su barrio, entonces yo digo que ha sido complementar ese proceso como que ellos llevan ahí en su barrio como líderes y como comunidad ...

> Yo creo que el proceso que hacía la coordinadora del PAB en las comunidades era de cartografía social, los reunía por medio de mesas de trabajo a preguntarles qué problemáticas tienen y [...] entonces yo creo que a partir de esas metodologías, muchas veces no es que la comunidad no las conozca porque muchas veces son líderes o son profesionales, si no que no las implementan,

no saben cómo hacer los procesos […] Yo creo que ella traspasó los límites, ella brindó mucha mas información de la que la institución permitía, pues porque cuando uno se acerca a una comunidad, lo que hace es eso, uno se quita un poco el papel de institución y se pone el de persona, el de ciudadano, lo que hace es brindar mucha más información a la comunidad, muchas más herramientas […] las herramientas metodológicas eran […] mas de cómo […] digamos darle la información a la gente de cuándo se pueden dirigir, cómo pueden gestionar, cómo pueden hacer los proyectos […] Y la otra herramienta es la de gestión no sólo con lo público sino con lo privado, muchas veces uno le puede decir a la comunidad listo esta institución, porque ellos le pregunta a uno, "necesitamos gestionar tantos recursos y todo", entonces nosotros sabemos por mercadeo que hay instituciones privadas que ayudan, para no pagar impuestos y tiene que hacer su labor social entonces ahí ellos empiezan a hacer su autogestión. Y la otra cosa es que yo pienso que de pronto, el sentido de pertenencia que se les crea es otra herramienta. Decirle a las personas es su comunidad, es su necesidad, miremos a ver qué pueden hacer para dar respuesta a su propia necesidad (grupo focal de trabajadoras sociales que hacen trabajo de campo en los barrios de la localidad de Suba y entrevista con la Coordinadora PAB, trabajadoras del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, 2007).

Teniendo en cuenta estos planteamientos y a pesar de los esfuerzos de algunos hospitales por promover y desarrollar la participación comunitaria, se puede decir que aún sigue primando en los imaginarios, los conceptos teóricos y en las prácticas institucionales la idea de que la comunidad sólo puede, sabe y debe participar en decir cuáles son sus problemas y necesidades y en la ejecución de algunas actividades que planean los servicios de salud. Con este viejo esquema de participación es muy difícil, por no decir imposible, que se logre el empoderamiento y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y la democratización del poder que tanto se enuncia en la actual Política de Participación Social y Comunitaria de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá.

Posibilidades y limitaciones para la promoción y desarrollo de la participación comunitaria como derecho en el marco de APS

Las evidencias analizadas dan cuenta del discurso renovado que tiene la SDS en los planteamientos teóricos de la actual Política de Participación

Social. En éste se incluyen conceptos tales como equidad, empoderamiento, derecho a la salud, derecho a la participación social, toma de decisiones, participación en el control y la gestión pública, gestión y movilización social, exigibilidad del derecho, participación democrática, ciudadanía activa, poder, etcétera, que en su más profundo significado tienen estrecha relación con procesos de reconocimiento y construcción del sujeto político en el marco de una participación real y la democratización del poder.

Esta intencionalidad y perspectiva de cambio que se vislumbra en el discurso, se reafirma en los principios que orientan la Política de Participación en salud cuando se dice que la participación que se debe impulsar desde el sector salud "es para la construcción de la democracia; participación como elemento sustancial del derecho a la salud; participación desde el territorio; participación para la defensa de lo público; participación con decisión; participación para la acción transformadora; participación para la planeación; participación para la evaluación y el seguimiento de la gestión pública en salud" (SDS, s.f.).

Por otra parte, se han creado direcciones como la de Participación Social y Servicio al Ciudadano, que han permitido el posicionamiento de la participación social en la política de la SDS y nuevos escenarios y espacios para la participación, reflexión, rendición de cuentas y el debate con organizaciones sociales acerca de la salud, la calidad de vida y la exigibilidad del derecho a la salud. Entre estos espacios se pueden mencionar las asambleas distritales por el derecho a la salud y la calidad de vida, foros, mesas de trabajo, asambleas y encuentros locales, encuentros distritales de COPACOS y asociaciones de usuarios y unidades de análisis comunitario (SDS, s.f.).

La renovación del discurso –a pesar de los quiebres lingüísticos que se detectan en él– y demás aspectos mencionados, sin lugar a dudas son oportunidades que permiten, por lo menos desde lo conceptual y lo teórico como punto de partida, la apertura necesaria para que la participación social y comunitaria en el sector salud se empiece a reconocer y a entender como derecho y como acción política. En este sentido, los planteamientos teóricos son la posibilidad argumentativa para sustentar y reorientar aquellas acciones que buscan el fortalecimiento de las condiciones, conocimientos y habilidades para que los actores sociales se empoderen, participen activamente en la toma de decisiones y ejerzan el

poder en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Sin embargo, en la parte operativa a nivel local, muchos de estos componentes discursivos pierden sentido, en su aplicación no encuentran respuesta. No se pueden llevar a la práctica dado que existen múltiples limitaciones que impiden su ejecución y desarrollo armónico. Existe una tensión importante entre la teoría y la práctica sin perspectivas claras de solución, que impone límites e impide el pleno desarrollo de la Política de Participación Social y Comunitaria en Bogotá.

> La participación social y comunitaria no debería tener límites, pero sí tiene límites […] Muchos de nosotros no quisiéramos apartar nuestra ética y nuestra vocación de persona, ¿cierto?, porque se supone que la participación, ya sea comunitaria o no […] tiene muchos componentes y muestra muchas aristas. Uno participa, supuestamente busca el bienestar común, pero hay un sistema que lo castra, que limita esas posibilidades. Uno termina actuando, no por convicción sino por obligación, entonces el sistema lo lleva a usted, a que usted diga lo que deberíamos hacer, es adoptar esta posición, pero como la institucionalidad me pide esto, yo tengo que hacerme de este lado y no es de pronto porque nosotros no queramos sino porque a veces nos vemos obligados ¿cierto?, porque ¿quién quiere perder su trabajo por buena gente?, pues nadie […] Ahorita estaba pensando que nosotros como trabajadores tampoco tenemos participación dentro de lo que nosotros hacemos, dentro de nuestras funciones, entonces también desde ahí nos están cerrando la participación y eso también se evidencia desde afuera.
>
> … Por otra parte, el manejo de poderes de otras personas, entonces el que tiene poder maneja y nos maneja y no nos deja participar (grupo focal profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II nivel. Bogotá, noviembre 2007).

La SDS es consciente de las limitaciones que tienen para poder promocionar y desarrollar el derecho de participación y reconoce que hay fracturas en los procesos participativos que impiden la democratización del poder. Y enuncian que hay fracturas entre: las instancias de participación –cada uno obedece a su propia lógica y no hay puentes de comunicación–; lo distrital y lo local –son dos lógicas y caminos diferentes–; lo social y lo político –en salud se expresa en una confinación de líderes sólo en escenarios de participación social, sin destacarse como líderes políticos de sus localidades–; lo individual y lo colectivo –se da un choque entre intereses individuales y colectivos– y líderes sociales y sus bases –hay un choque muy grande entre

representantes y representados–. También evidencian como limitaciones otros problemas como la participación institucionalizada, instrumentalizada, desarticulada de lo local y la participación sin eficacia. Lo que quiere decir que muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria (Alcaldía Mayor de Bogotá & SDS, s.f.). Con el estudio de caso se identifican: el enfoque y la intencionalidad de la participación que se promueve desde el sector salud y los lineamientos y estructura del sistema, que se impone desde el nivel central de la SDS.

Todo esto hace que los espacios, recursos y mecanismos para promover y desarrollar la participación comunitaria estén dentro de las exigencias que impone el mismo Estado "para que no se salgan de los límites". En este sentido las organizaciones sociales están llamadas a cumplir las funciones que ordena la ley y a mantenerse bajo control y vigilancia de los entes estatales del poder dominante. Por esta razón no se crean herramientas operativas lo suficientemente amplias ni se apropian recursos suficientes para que las instituciones –entes locales de salud–, los funcionarios y las comunidades, puedan ir más allá de lo meramente instrumental y estratégico.

En aquellas organizaciones sociales y comunitarias donde se percibe algún grado de empoderamiento, autogestión y participación en la toma de decisiones y espacios de poder, el sector salud y en concreto la actual Política de Participación Social, al parecer no ha tenido mucha injerencia. Es el resultado de procesos anteriores o la labor aislada y muchas veces voluntaria de algunas o algunos funcionarios que en su compromiso, yendo más allá de su "función" de trabajador público, asumen estos procesos como reto y la posibilidad para ejercer su propio derecho de ciudadanía y de participación; incluso reconocen que para lograr algún impacto en el empoderamiento y autonomía de las comunidades donde trabajan, tienen que asumir riesgos –por el contexto político que vive Colombia y más en estos sectores populares donde trabajan–, dedicar parte de su tiempo libre y trasgredir o negociar la norma y lo preestablecido por el nivel central para poder resolver los obstáculos y traspasar los límites que imponen el SGSSS, el esquema de prestación de servicios y, sobre todo, los lineamientos establecidos por la SDS en su política, que en lugar de ser una herramienta que facilita estos procesos, por su rigidez y homogenización, los encorseta y limita.

> Los lineamientos son parte de la política e iguales para todos los hospitales. Eso hace que toda la intervención sea uniforme en el Distrito. Y entonces los diagnósticos locales no sirven para nada porque ellos los imponen, por ejemplo nosotros tuvimos que hacer una negociación para decir que los núcleos no los íbamos a hacer por territorio de APS porque la gente no se quería reunir así, sino que los íbamos a hacer de otra manera […] Así se viene funcionado desde que salieron los lineamientos, desde el 98, desde que salió el PAB […] Están estandarizando todo eso y nos van a mandar a cambiar los lineamientos en febrero. Tu revisas por ejemplo gestión local, en gestión local nosotros llevamos cuatro años haciendo todos los años lo mismo identificando necesidades con la comunidad, haciendo cartografía con la comunidad, planeando con la comunidad y reconstruyendo el diagnóstico, siempre hacemos lo mismo. En ningún lineamiento del PAB encuentras participación comunitaria como tal, lo que está metidito en el ámbito comunitario y en gestión local, cada uno tiene como un […] "haga algo con grupos, capacite grupos".
>
> El del COPACO es el que está por ley, entonces la Secretaría y la ley dicen que debe haber un comité, que es liderado por la oficina de participación social que también tiene lo de las asociaciones de usuarios […] y en el PAB nosotros tenemos grupos que trabajan con temas específicos de salud pública, entonces el grupo que trabaja la parte ambiental, las condiciones ambientales, los grupos que trabajan la salud de las gestantes, los grupos que trabajan lo de los jóvenes, eso se trabaja desde el PAB no desde el COPACO ni desde la oficina de participación social, esos son en general (coordinadora del PAB, y Grupos focales de trabajadoras sociales y el Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II nivel, Bogotá, noviembre 2007).

Como se demuestra con este testimonio, en la actual Política de Participación Social y Comunitaria de la SDS existen tensiones entre el discurso y la práctica, lo distrital y lo local y la planeación y aplicación. Plantear lineamientos como parámetros para medir, evaluar y pagar las acciones, iguales para todas las localidades, es no tener en cuenta la interculturalidad ni los procesos diferenciales de desarrollo que existen en las poblaciones colombianas. Es una postura que asume la sociedad como una categoría homogénea y estática, niega la dialéctica de los pueblos y su capacidad transformadora.

La rigidez e inconsistencia que se plantea en los lineamientos y otros componentes de la política impiden la autogestión y el compromiso de los que trabajan en función de su aplicación, obstaculizan el cambio y la

transformación social e imponen prácticas que instrumentalizan el derecho a la participación y el empoderamiento del ciudadano. En este caso, por su importancia en la construcción de la praxis y de los procesos interactivos de participación y gestión social, estas contradicciones se convierten en obstáculos –a nivel central, local y comunitario– para el desarrollo armónico de la misma política, que en su no ejecución queda como letra muerta, abandonada en los anaqueles de las instituciones. En este sentido, éstas son tensiones que impiden el cumplimiento de los principios fundamentales de la promoción y el desarrollo de la ciudadanía y la participación comunitaria activa en el marco del derecho, como se ordena en sus planteamientos.

A modo de conclusiones

Existe poca información –por lo menos escrita– que dé cuenta de las experiencias de trabajo en participación social y comunitaria en el marco de la APS durante el período 2004-2007 en la SDS los servicios locales de salud y otros ámbitos. Esto afecta los procesos de conocimiento teórico-prácticos de investigadores, usuarios de investigación, gestores, tomadores de decisiones, ejecutores de la política y comunidades y, por ende, dificulta la implementación y asimilación de la estrategia de APS y la Política de Participación Social y Comunitaria del actual Gobierno.

Aunque hay renovación en el discurso y la intencionalidad de la actual Política de Participación Social de la SDS, es reconocer la participación como derecho, esta categoría en su visión y práctica sigue teniendo un carácter de recurso y de instrumento. Es una participación institucionaliza con límites, normas y regulaciones que reduce las posibilidades de que la ciudadanía participe activamente en las decisiones, se empodere, aumente su autonomía y cualificación política o genere interlocución con las instituciones y el Estado. En este sentido los avances en el empoderamiento de las comunidades en el marco de la actual Política de Participación Social y Comunitaria, son mínimos. Los que se han logrado se deben principalmente al compromiso y los esfuerzos aislados de algunas administraciones locales de salud y los profesionales –o referentes del área de trabajo– que estando en lo operativo, en contacto directo con la gente, van más allá de lo establecido en sus funciones institucionales.

Para muchos actores sociales –instituciones, ONGs, comunidades, etcétera–, la participación es un recurso, un medio, un fin y una forma de

ganancias y privilegios personales o corporativos. Para los sectores menos favorecidos de la sociedad, es la forma para lograr prebendas personales o la obligación para poder acceder a los derechos y servicios que les niegan. Para las instituciones de salud es una forma de promover y vender sus productos como empresas; de "incluir" a las comunidades en el logro de sus objetivos, metas y rentabilidades; actualmente es uno de los medios para legitimar discursos, programas y obtener recursos.

La actual Política de Participación Social tiene oportunidades que pueden ser aprovechadas a favor de la promoción y el desarrollo de la participación como derecho: la renovación del discurso y la intencionalidad de la participación que permiten, por lo menos desde lo conceptual, la apertura para que la participación social y comunitaria en el sector salud se empiece a reconocer, entender y asumir como acción política; los planteamientos teóricos y principios rectores, como posibilidad argumentativa para sustentar y reorientar aquellas acciones que buscan el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades sociales, para que los ciudadanos y ciudadanas se empoderen, participen activamente en la toma de decisiones y ejerzan el poder en todos los ámbitos de la vida cotidiana y la creación de direcciones, como la de Participación Social y Servicio al Ciudadano y de espacios para la participación, reflexión, rendición de cuentas y el debate con organizaciones sociales acerca de la salud, la calidad de vida y la exigibilidad del derecho a la salud. Estos espacios permiten el posicionamiento de la participación social en la política de la SDS y en la comunidad.

Sus limitaciones son: la falta de coherencia entre la teoría y la práctica; la rigidez que impone el Estado a los espacios, recursos y mecanismos para promover y desarrollar la participación social; las funciones, el control y la vigilancia que ordena la ley a las organizaciones comunitarias para su reconocimiento y funcionamiento; la falta de herramientas operativas, lo suficientemente amplias, y la poca apropiación de recursos institucionales –entes locales– para que los funcionarios y las comunidades puedan desarrollar la política e ir más allá de lo meramente instrumental y estratégico.

El programa de Salud a su Hogar, como bandera para implementar la APS, en su componente de la participación social y el empoderamiento comunitario para su participación en la toma de decisiones y el poder público, ha tenido pocos alcances. Los más relevantes tienen que ver con la participación de la comunidad en identificación de problemas y necesidades sociales; caracterización y elaboración de diagnósticos; promoción de servicios;

captación e inclusión de nuevos usuarios al sistema de salud; sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción; ampliación de algunas coberturas, principalmente en adulto mayor, gestantes y niños; y la entrega de algunos subsidios para vivienda a familias del programa.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (s.f.). *La salud no es un favor… es un derecho. Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano*, documento borrador, créditos: Luis Eduardo Garzón, alcalde Mayor de Bogotá D. C.; Héctor Zambrano R., secretario de Salud; Luz Dary Carmona M., directora de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

Constitución Política de Colombia. (1991). Titulo IV, capítulo I, Artículo 103. Recuperado en http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf

Equipo de Gestión Social. (2007). Reuniones de trabajo, Bogotá, localidad de Suba ESE II nivel.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Salud para Todos. Declaración de Alma-Ata*. Recuperado en www.medicinabiofisica.net/admin/ficheros/1155027435.pdf

¡Participación al Día! Periódicos No. 3, diciembre 2006; No. 6, junio de 2007.

_____. Períodicos No. 1 y 2, 2006; No. 5 de 2007.

Real Academia Española. (1970). *Diccionario de la lengua española*, Madrid, España, Editorial Espasa-Calpes, S. A.

SDS, Secretaría Distrital de Salud. (s.f.). *Participación ciudadana para la realización del derecho a la salud*, documento borrador de la Política de Participación Ciudadana en Salud 2004-2007, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

SDS, Secretaría Distrital de Salud. (s.f.). *Proceso de participación social para el ejercicio de la ciudadanía activa y la exigibilidad del derecho a la salud*, documento borrador, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Zambrano, H. (2006). Secretario Distrital de Salud en “Editorial” del documento *APS, Atención Primaria en Salud*: *Participación social, movilización social por el derecho a la salud*, Bogotá.

14

La APIS y la disminución de disparidades en los resultados en salud

Paola Andrea Mosquera Méndez

Actualmente se reconoce que el tema de la justicia y la equidad en salud es un asunto de interés global, tanto en los países en peores condiciones de salud como en los más desarrollados y, por ende, con mejores resultados (Evans, Whitehead, Diederichsen, 2002). Si bien se ha avanzado en todos los indicadores de morbilidad y mortalidad en su conjunto, las desigualdades entre regiones del mundo, al interior de los países, las ciudades y entre los grupos sociales, han aumentado, lo cual llama la atención de los gobiernos, los organismos internacionales relacionados con la salud y el desarrollo humano, y de la sociedad civil.

La OPS/OMS (2005) ha manifestado que las intervenciones realizadas desde la APS son la forma más rápida y efectiva para contribuir en la reducción de las brechas sociales desde el sector salud, ya que por medio de ésta se realizan intervenciones que aseguran que la cantidad y la calidad de los servicios prestados sean coherentes con el incremento del volumen y complejidad de los problemas de salud en los distintos grupos poblacionales. Así mismo, la APS por medio de la promoción de la participación comunitaria y la vinculación de la población y los diferentes sectores en la identificación y planeación de los servicios de salud, logra generar acciones intersectoriales que permiten impactar los determinantes sociales de los resultados en salud y a su vez las desigualdades injustas y evitables (OPS/OMS Comisión de determinantes sociales de salud, 2005). Las mejoras en accesibilidad a la atención sanitaria y a los programas de

promoción y prevención, al igual que el empoderamiento y la participación comunitaria, hacen que las comunidades sean capaces de corregir las disparidades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales para exigir salud y otros bienes de carácter social (OPS/OMS, 2007). Por el contrario, se dice que la orientación a los servicios costo-efectivos y la lógica de mercado afectan negativamente el logro de la equidad.

Bogotá por su parte, es la ciudad con mayor grado de desarrollo económico, social y cultural de Colombia y cuenta con el sistema de salud local más fuerte del país, sin embargo tiene serios problemas de pobreza, desigualdad social y del sistema de salud que se traducen en profundas disparidades en salud (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud, 2004). Asumir este tema como uno de los principales desafíos de la ciudad ha requerido desarrollar políticas públicas y estrategias sociales cuyas características se supone le deben permitir al Gobierno incidir en forma eficaz sobre los factores determinantes de tales disparidades y, particularmente, mejorar el acceso y uso de los servicios sociales y de salud, desarrollar programas de atención integral en salud, propiciar la cooperación de los sectores del Gobierno y promover la movilización y participación de la sociedad civil y de las comunidades en desventaja social (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Boletín Salud a su Hogar, 2005).

El Gobierno Distrital, en la administración 2004-2008 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004), en el marco del Plan de Desarrollo Distrital *Bogotá sin Indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, decidió diseñar e implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud, APS, con enfoque integral para mejorar la protección social y garantizar el derecho a la salud. Dicha estrategia ha buscado aproximar el sector salud a la vida cotidiana de las personas con el fin de superar las barreras de acceso a los servicios ya reconocidas en el contexto de la ciudad, buscando un cambio radical tanto en el modo de organización y orientación del sistema como en el modelo de atención en salud de la ciudad (Secretaría de Salud Distrital de Bogotá – Boletín Salud a su Hogar, 2005).

El logro de la equidad es uno de los propósitos más importantes para el establecimiento de un sistema de salud basado en la APS en Bogotá, dado que se considera que la conformación de un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garanticen la cobertura y el acceso universal a los servicios, acompañado de una atención integral,

integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la promoción y la prevención y que toma a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, promueve acciones intersectoriales que permitirán abordar los determinantes sociales de la salud y a su vez los determinantes de las inequidades en los resultados en salud de la población. (Secretaría de Salud Distrital de Bogotá – Boletín Salud a su Hogar, 2004; OPS/OMS, 2005).

Descripción del análisis de las disparidades en los resultados en salud a partir de la implementación de la APS en Bogotá

El punto de partida para el análisis de la disminución de disparidades en el marco de la APS en Bogotá se apoya en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (OPS/OMS Comisión de determinantes sociales de la salud, 2005), pues abordar el tema desde esta perspectiva permite considerar que la problemática de las disparidades en los resultados de salud no son fenómenos relacionados únicamente con las características biológicas, fisiológicas y del comportamiento de los individuos sino que, por el contrario, son determinadas, fundamentalmente, por condiciones y factores del contexto y estructura de la sociedad que determinan la posición social de los individuos y de los grupos sociales. Entre esas condiciones y factores que determinan las desigualdades sociales en salud se encuentran las características de los servicios de salud, que son identificados dentro de este planteamiento como determinantes intermediarios. De esta manera, los sistemas de salud y el acceso a programas de promoción y prevención son solo algunos de los tantos factores que determinan las disparidades en los resultados en salud de la población. Por tal razón, este tema requiere ser abordado considerando un amplio espectro de determinantes tales como los factores sociales, económicos y culturales, así como los estilos y condiciones de vida de la población.

De acuerdo con lo postulado por la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud 2000, la equidad en salud es entendida como "la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud, analizados por subgrupos de población, definidos ya sea de manera social, demográfica o geográfica". Recíprocamente, la falta de equidad en la salud es la presencia de estas desigualdades o disparidades (Starfield, 2006).

La interpretación de las inequidades en salud parten del enfoque ético y político desde el cual son analizadas, por lo tanto resulta importante hacer la diferenciación entre disparidad e inequidad en salud, al respecto, Margaret Whitehead propone que existen diferencias que no deben ser consideradas injustas, tales como las biológicas y naturales. En contraste, manifiesta que se puede considerar como injustas las exposiciones a factores peligrosos para la salud en donde los grupos no tienen posibilidad de elegir dado que sus condiciones de vida se encuentran restringidas por el entorno y sus características sociales, económicas, políticas y culturales (Whitehead, 2007).

Retomando el planteamiento realizado acerca de la influencia positiva de las intervenciones basadas en la APS sobre la disminución de las disparidades, encontramos que los resultados de algunas investigaciones publicadas (Starfield 1985, 1998, 2001; Weiner, 1983; Rosenblatt, 1998; Shi & Starfield, 2001) indican que efectivamente la APS guarda una correlación significativa con la baja mortalidad general, un incremento en la esperanza de vida, una reducción de la mortalidad por infarto y una menor mortalidad postneonatal, lo cual evidencia que una orientación del sistema de salud hacia la atención primaria reduce, en parte, el fuerte impacto adverso de la inequidad del ingreso sobre la salud.

Sin embargo, es importante admitir que el abordaje de las causas de la desigualdad en salud no es responsabilidad exclusiva de la Atención Primaria de Salud, e incluso escapan al rango de acción del sector salud como tal. Por el contrario, se debe contar con una amplia gama de intervenciones y políticas sociales tendientes a promover la disminución de dichas desigualdades injustas y evitables.

La mayoría de la literatura sobre este tema explicita que dicha relación –APS y disminución de disparidades– se hace en asociación con otras características de las cuales sí se conocen aproximaciones más claras, como el mejoramiento en el acceso y la disminución en las barreras para el uso efectivo de los servicios de salud. Esto evidencia que a pesar de que la equidad es un tema transversal existente desde la misma formulación de la estrategia de APS, este aún continúa siendo un tema de bajo nivel de descripción en los resultados.

Para describir la relación de la APS con la disminución de disparidades en los resultados en salud en Bogotá se analizaron las tendencias de

los indicadores de mortalidad infantil y se compararon las localidades de más alta cobertura de la estrategia con las de más baja cobertura de la misma; posteriormente se realizó la comparación al interior de cada uno de los grupos –alta y baja cobertura– organizando las localidades de acuerdo con el promedio de ingresos per cápita, retomando las disparidades de carácter económico como una de los determinantes que causan diferencias injustas e inequitativas en la salud de los diferentes grupos; las localidades de más alto índice de ingresos fueron comparadas con las localidades de menores ingresos dentro de cada grupo.

De los diversos enfoques de medición de la magnitud de las disparidades en salud descritos por Wagstaff (1991) y Mackenback (1997), se emplearon la Diferencia de Tasa, DT, y la Razón de Tasa, RT, con las cuales se determina en valores absolutos y relativos, respectivamente, el margen de variación de los resultados en salud entre los grupos que están peor o mejor por condición socioeconómica. Estas medidas permiten establecer la magnitud de la desigualdad en salud entre los grupos extremos de la escala social y para este caso en especial nos permitieron observar la magnitud de las desigualdades entre las localidades con mayor y menor cobertura de la estrategia.

Además de revisar las tendencias y magnitud de las disparidades, se realizó un mayor acercamiento a la equidad en salud incorporando metodologías cualitativas como complemento de la medición cuantitativa de las disparidades en los resultados en salud, buscando involucrar la percepción de los individuos frente a la incidencia de la estrategia de APS en dichas disparidades, no sólo a través de su autopercepción de estado de salud, sino mediante la percepción de otras variables de resultado de APS asociadas al mejoramiento del estado de salud, tales como: 1) Acceso y calidad a los servicios de salud y otros servicios sociales; 2) Conocimientos en salud y desarrollo de habilidades; 3) Mejoramiento de condiciones materiales de vida –acceso a alimentos, condiciones de la vivienda, saneamiento–; 4) Participación social en torno a la toma de decisiones sobre la salud colectiva y la incidencia en políticas; 5) Auto percepción del estado de salud –en esta categoría se incluyó la indagación por la mortalidad infantil como evento en salud percibido por la comunidad– (Shi L., Starfield B., Kennedy B.P & Kawachi I, 1999); 6) Percepciones sobre la disminución de disparidades en el estado de salud.

Contextualización del desarrollo de la APS en Bogotá, a partir de las coberturas del Programa Salud a su Hogar

En cuanto a la implementación de la estrategia de APS se observa que en Bogotá, al igual que en otras ciudades, la estrategia inició su implementación en las áreas socialmente deprimidas, lo cual subraya la orientación hacia la disminución de las brechas en salud entre los mejor y peor ubicados.

Sin embargo, observando los desarrollos en coberturas, algunas localidades como Usaquén y Engativá lograron caracterizar más del 70 por ciento de su población de estratos 1 y 2; otras como Suba, Fontibón y Mártires lograron caracterizar al 100 por ciento de su población de estratos 1 y 2 y han continuado expandiendo la cobertura a los estratos 3 de su localidad, razón por la cual algunas coberturas presentan cifras mayores al 100 por ciento. Mientras tanto, localidades como Kennedy, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y San Cristóbal, a pesar de haber sido clasificadas como localidades en emergencia social[1], no han logrado caracterizar a la totalidad de su población y presentan las coberturas más bajas de la estrategia de APS en la ciudad (Ver tabla No. 1). Lo anterior, podría ser una muestra de la posible inequidad en la distribución del grado de cobertura de la APS, la cual desde su concepción fue orientada a cubrir a las poblaciones más pobres y vulnerables de la ciudad.

En vista de las diferencias en las coberturas de la estrategia y para la realización del análisis de disparidades en los resultados en salud, las localidades de Bogotá fueron clasificadas en tres grupos –baja, media y alta cobertura– de acuerdo con el número de individuos caracterizados en razón de la cantidad de personas de estratos 1 y 2 de cada localidad; de igual manera, las localidades fueron organizadas dentro de los grupos en orden descendente del mayor al menor promedio de ingresos per cápita.

1 Territorios priorizados según el grado de vulnerabilidad y exposición a factores deletéreos para la salud y la calidad de vida. El Distrito utilizó como fuentes para la priorización los datos producidos por el Departamento Administrativo de Bienestar Social –DABS– hoy Secretaría de Integración Social, la Secretaría Distrital de Salud –por medio de los equipos de Salud a su Hogar– y la Caja de Vivienda popular –por medio del Plan de Mejoramiento Integral de Barrios–.

Tabla No. 1 Organización de localidades de acuerdo a grado de cobertura y variable socioeconómica

Localidades	ICV	IPC	Porcentaje de cobertura SASH	Clasificación
Teusaquillo	96,1	997.585	0	Cobertura baja
Barrios Unidos	92,6	626.346	0	
Puente Aranda	90,5	427.790	0	
Kennedy	89,2	357.943	13,26	
Tunjuelito	87,5	314.526	30,01	
San Cristóbal	83,9	231.432	21,46	
Ciudad Bolívar	83,7	205.939	19,54	
Usme	83,1	199.293	31,57	
Chapinero	96,8	1.729.317	63,62	Cobertura media
Candelaria	89,1	528.822	39,95	
Santafé	88,5	585.107	40,95	
Rafael Uribe	87,3	262.889	43,99	
Bosa	85,5	260.556	33,53	
Usaquén	93,8	1.663.977	73,97	Alta cobertura
Suba	91,9	741.720	104,11*	
Engativá	91,8	519.434	70,97	
Antonio Nariño	90,9	410.920	66,88	
Fontibón	90,3	525.574	197,97*	
Mártires	90,1	445.195	127,89*	

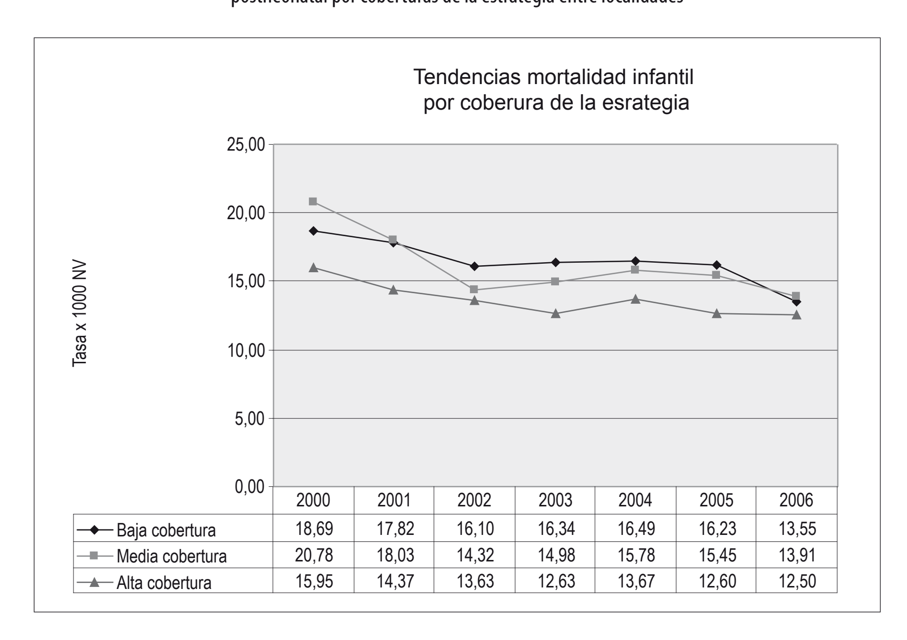
*Localidades que alcanzaron el 100 por ciento de la cobertura en estratos 1 y 2 han continuado sus procesos de caracterización en el estrato 3, razón por la cual sus coberturas son mayores al 100 por ciento.

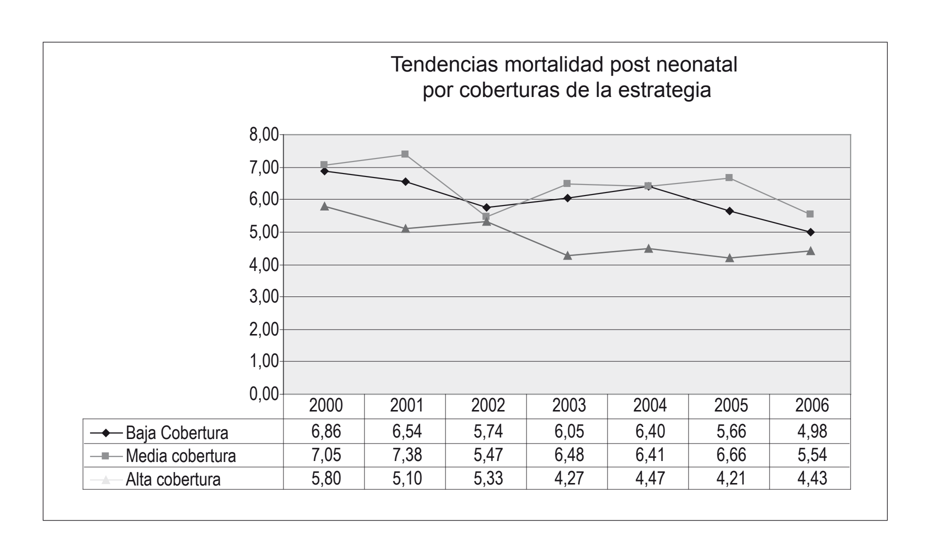
Evidencias que sugieren disminución de disparidades en los resultados en salud a partir de la implementación de APS

Dentro de los principales hallazgos que sugieren una posible relación de la APS con los resultados en salud encontrados, está el hecho de que las tendencias de las tasas de mortalidad en las localidades de alta cobertura de la estrategia para los indicadores de mortalidad infantil, postneonatal y mortalidad por neumonía, son mejores con respecto a las tasas de las localidades de baja cobertura –diferencias estadísticamente

significativas p<0.05–. Este resultado es consistente con la evidencia de diversas investigaciones en las cuales se ha vinculado el grado de desarrollo de la estrategia de APS con el mejoramiento de los resultados en salud (Macinko, 2002 y 2007; Cufino *et ál.*, 2000; Serra, 2005; y Perry, 2003 en Bolivia).

Gráficas No. 1 y 2. Tendencia de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad postneonatal por coberturas de la estrategia entre localidades

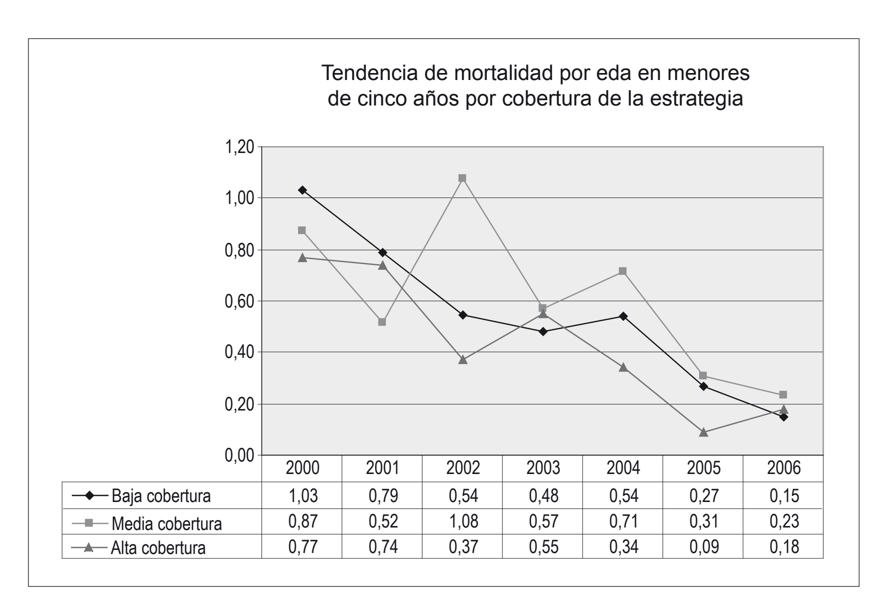




Gráficas No. 3 y 4. Tendencia de las tasas de mortalidad por neumonía y EDA en menores de cinco años por coberturas de la estrategia entre localidades

Tendencia de tasas de mortalidad por neumonia en menores de cinco años por cobertura de la estrategia

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baja cobertura	4,18	3,30	2,11	2,01	2,73	1,91	1,55
Media cobertura	3,84	3,53	2,32	2,44	2,70	2,32	1,78
Alta cobertura	2,71	2,83	1,87	1,78	1,63	1,83	0,84



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baja cobertura	1,03	0,79	0,54	0,48	0,54	0,27	0,15
Media cobertura	0,87	0,52	1,08	0,57	0,71	0,31	0,23
Alta cobertura	0,77	0,74	0,37	0,55	0,34	0,09	0,18

Fuente: diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2008.

Así mismo, el análisis realizado desde la percepción de los usuarios y funcionarios de APS refuerza la idea de que la estrategia ha contribuido a mejorar la salud infantil y, en términos generales, la salud de la población, dado que los usuarios consultados perciben que su salud ha mejorado con la intervención, resaltando la percepción favorable de la labor

que realiza el equipo básico de Salud a su Hogar en la orientación, canalización y atención de las familias beneficiarias. Un hallazgo importante identificado desde la aproximación cualitativa es el hecho de que las comunidades empiezan a identificar claramente a los equipos básicos como la puerta de entrada, lo cual facilita el acceso de primer contacto y el establecimiento de otros principios básicos de la APS –continuidad y longitudinalidad asistencial– que contribuyen de manera efectiva a la disminución de la mortalidad y la morbilidad (Starfield, 1985).

De igual manera, la percepción generalizada de usuarios y funcionarios sugiere que la estrategia de APS implementada ha contribuido a la disminución de algunas barreras para el acceso a los servicios preventivos y ha logrado favorecer el mejoramiento de los conocimientos en salud de la población. En este sentido, los beneficiarios manifiestan sentirse mejor informados y orientados para la toma de decisiones frente a su propia salud.

A pesar de lo resultados evidenciados, es importante que éstos sean analizados con cautela dado que para el indicador de mortalidad por EDA las tasas son menores en las localidades de baja cobertura de la estrategia y, en su conjunto, la tendencia de reducción en las tasas de los indicadores es mayor en las localidades de baja y media cobertura frente a las localidades de alta cobertura, excepto para el indicador de mortalidad por neumonía en menores de cinco años. Este comportamiento puede deberse a que las localidades en las que la estrategia se ha desarrollado en baja y media proporción, corresponden a aquellas en las cuales se han desarrollado con mayor intensidad otras intervenciones sociales que influyen en la salud. Lo cual resulta coherente con hipótesis formuladas por otros investigadores ante situaciones y resultados similares (Starfield, 2005). Dicha hipótesis es reforzada con la percepción de los usuarios de la localidad de Usme –baja cobertura de la estrategia–, quienes manifiestan haber sentido un apoyo importante de diversas instituciones del Estado en relación con el mejoramiento de las condiciones materiales de vida, acceso a servicios públicos y sociales y una mayor protección para sus niños menores de cinco años en temas de nutrición, cuidado infantil y educación a madres y cuidadores.

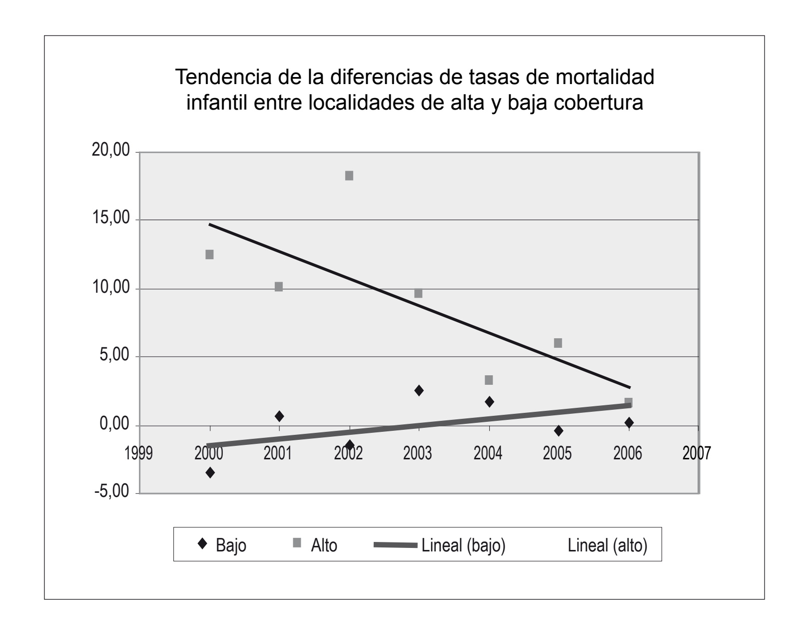
Esto puede explicar que localidades como Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa, que fueron declaradas en emergencia social para efectos de priorizar intervenciones al principio del período de gobierno, hayan

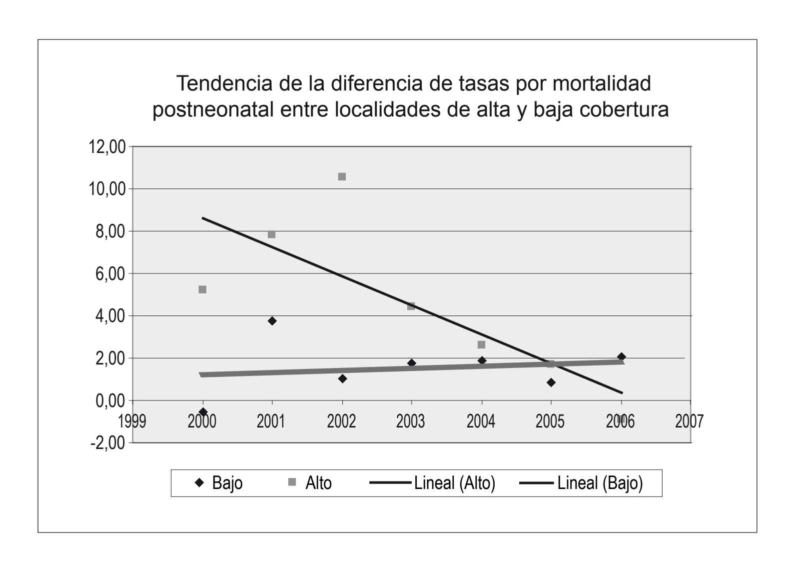
presentado disminuciones estadísticamente significativas en la reducción de las tasas de mortalidad para el período analizado.

Es importante anotar que las manifestaciones de insatisfacción por parte de los usuarios frente a la calidad de los servicios prestados son reiterativas, indiferentemente del grado de cobertura alcanzado por la estrategia. De igual manera se observa, a partir de la perspectiva de los usuarios, que la participación social y comunitaria continúa siendo instrumental y que no alcanza a incidir en la toma de decisiones sobre la salud colectiva y sobre las políticas públicas. De acuerdo con lo postulado por Restrepo Vélez "ésta es una participación institucionalizada con límites, normas y regulaciones que reduce las posibilidades de que la ciudadanía participe activamente en las decisiones, se empodere, aumente su autonomía y cualificación política o genere interlocución con las instituciones y el Estado" (Restrepo Vélez, 2008).

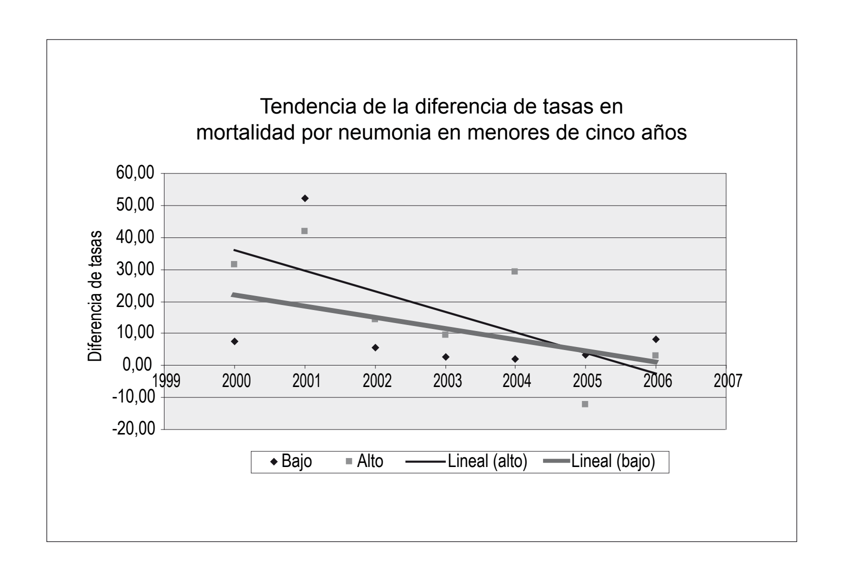
En cuanto a la variación de la magnitud de las disparidades en salud medida por Diferencia de Tasa, DT, se observa una tendencia a la disminución en todos los indicadores; sin embargo, al cambiar a una medida relativa como la Razón de Tasa, RT, se observa que el comportamiento de disminución de las disparidades es más discreto, con tendencia ya sea a mantenerse o a aumentar levemente en el tiempo, entre grupos de localidades. Al realizar el análisis en un mayor nivel de desagregación entre los grupos de localidades se pudo evidenciar que hay una tendencia al alza de las DT y RT entre las localidades con mejor y peor situación socioeconómica dentro del grupo de baja cobertura de APS, mientras en las localidades de alta cobertura las DT y RT tienden a disminuir –diferencias estadísticamente significativas $p<0.05$ en ambos casos–.

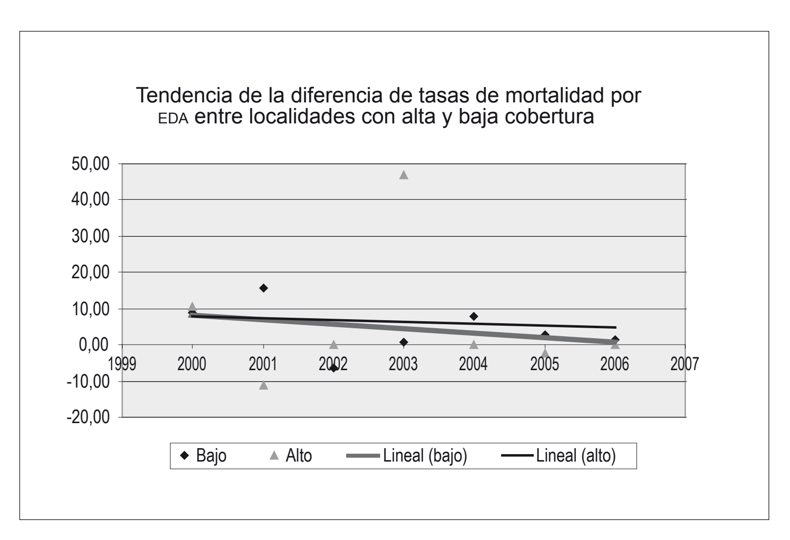
Gráficas No. 5 y 6. Tendencia de la Diferencia de Tasas de mortalidad infantil y postneonatal por coberturas de la estrategia entre localidades





Gráficas No. 7 y 8. Tendencia de la Diferencia de Tasas de mortalidad por neumonía y eda por coberturas de la estrategia





Fuente: diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2008.

Este hallazgo resulta interesante, y da indicios de la efectividad de la estrategia en la reducción de disparidades, y podría ser utilizado como base para el mejoramiento de la implementación de la estrategia y para el desarrollo de futuras investigaciones con modelos metodológicos que permitan establecer una asociación significativa entre el conjunto de desigualdades de ingreso, disponibilidad de la Atención Primaria de Salud y resultados en el estado de salud de la población.

En relación con lo anterior se encuentra cierta similitud entre los resultados cuantitativos y la aproximación cualitativa, pues los funcionarios vinculados a la estrategia en la localidad de alta cobertura (Suba) aducen que las disparidades en salud se han reducido por lo menos en términos de acceso a los servicios. Mientras por su parte en la localidad de baja cobertura (Usme) los funcionarios perciben que los logros en materia de disminución de disparidades no han sido significativos y consideran que tienen un largo camino por recorrer para alcanzar el nivel de otras localidades.

De la percepción de los usuarios se deduce que persisten las diferencias injustas en cuanto a las posibilidades de afectación de determinantes sociales de la salud en lo relacionado con la disponibilidad de infraestructura en la red prestadora de servicios de salud en cada una de las localidades. Las localidades seleccionadas para el análisis cualitativo nos presentan un buen ejemplo de esa disparidad: Suba –localidad de altos ingresos– cuenta con un mayor número de prestadores de servicios en su red local, así como un nivel mayor de desarrollo de servicios públicos e infraestructura, mientras que Usme –localidad de bajos ingresos– se caracteriza por tener una red prestadora de servicios de salud más pequeña, con pocos puntos de atención ubicados a mayor distancia geográfica para los usuarios de las zonas rurales y con déficits en la provisión de servicios públicos como agua potable y alcantarillado.

Otro factor importante por ser considerado en relación con la disminución de las disparidades, es la promoción y fortalecimiento de la participación social y comunitaria, objetivo y resultado esperado de la implementación de sistemas de salud basados en APS. Con respecto a este tema, hasta el momento lo evidenciado por los testimonios de los usuarios sugiere que los alcances de la estrategia se han limitado a la identificación de problemas y necesidades sociales caracterización y elaboración de diagnósticos promoción de servicios sensibilización y

educación comunitaria en temas de prevención y promoción. (Restrepo Vélez, 2008)

Sin embargo, a pesar de las limitaciones identificadas por los usuarios, es importante anotar que la APS es percibida como una oportunidad para impactar positivamente los determinantes sociales de las disparidades de salud cuando ésta logra articularse de manera efectiva con la implementación de políticas sociales integrales, que compensen de manera efectiva las causas estructurales de las desigualdades en salud. Así lo anotaron funcionarios y usuarios de la localidad de Usme quienes reconocieron que la intervención conjunta realizada por el Programa Salud a su Hogar con otros sectores sociales y de desarrollo de la administración distrital, ha logrado generar posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida y salud de las familias.

Desde una perspectiva de política de salud se reconoce que la estrategia de APS implementada en Bogotá se ha orientado conceptual y operativamente a la disminución de las disparidades en salud entre grupos de población; sin embargo, es fundamental tener en cuenta que existen determinantes de las disparidades en salud de orden estructural –político, socioeconómico, cultural, de estratificación social, entre otros– que escapan a su intervención. Por consiguiente, el mejoramiento de la salud de la población y la reducción de disparidades en el estado de salud, requiere un enfoque integral que involucre intervenciones que afecten los diferentes factores determinantes de las desigualdades sociales en salud, incluyendo por supuesto el reforzamiento de los servicios de salud de APS, sin que con ello se pretenda insinuar que se deba restar importancia a los servicios de atención especializada dado que evidencias de otros estudios han llegado a la conclusión de que los principales efectos beneficiosos de los servicios de salud dependen de un equilibrio adecuado entre la atención primaria y la atención especializada (Shi & Starfield, 2000).

Es preciso enfatizar que las *políticas sociales y sanitarias* más efectivas para mejorar los niveles de salud de toda la población son las que se orientan a reducir las desigualdades en salud (Díez, Peiró, 2004). Sin embargo, en el momento, estrategias como la APS no han recibido la adecuada atención y acción por parte de las administraciones y las instituciones públicas, lo cual se traduce en que los resultados sigan evidenciando que la población de las clases más desaventajadas no tengan un adecuado acceso y calidad de los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la política social se considera importante asumir e impulsar un marco legal que posibilite la acción de la APS y que facilite el abordaje intersectorial de problemas sociales, superando la sectorización del sector salud. De igual manera resulta necesario que se informe y capacite a la población acerca de sus derechos y de la importancia del establecimiento de políticas y estrategias orientadas al logro de la equidad.

De otra parte, es importante que en ausencia de una política económica y social integral que tenga en cuenta los determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud, el Distrito pueda fortalecer la política sanitaria a través de la Atención Primaria Integral de Salud y de la mejora de la accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud. De antemano se sabe que contribuyen de una manera significativa a la promoción de capacidades y libertades para el desarrollo y el bienestar humano (Sen, 2002).

Es importante anotar que a pesar de existir un modelo general propuesto para el Distrito, cada localidad ha logrado operacionalizar la estrategia de acuerdo a las condiciones locales, la voluntad política, las características de la red de servicios de atención en salud, la infraestructura y oferta de servicios públicos, entre otros, lo cual a su vez constituye un determinante de los resultados en el estado de salud que puede contribuir o desalentar el efecto que una estrategia como APS podría tener sobre la disminución de las disparidades en salud.

Así mismo es recomendable que se fortalezcan los sistemas de información, dado que una de las principales dificultades identificadas en este análisis se relaciona con que los sistemas de información no han sido ajustados para un correcto monitoreo de la equidad desde la perspectiva de la APS. Una muestra clara de ello fue la dificultad para establecer si las mortalidades del período habían ocurrido en los micro territorios de intervención de la estrategia; de igual manera, la falta de unificación de criterios en la estratificación social de la población y la no inclusión de dichas variables sociales en las bases de datos, dificulta analizar los resultados en salud desde la perspectiva de la equidad.

En conclusión, las evidencias arrojadas por este análisis permiten suponer que el enfoque de APS implementado en Bogotá podría estar contribuyendo a la reducción de las disparidades por mortalidad en menores de cinco años en la población de bajos ingresos que habita las localidades

con mayor grado de desarrollo de cobertura de la estrategia. Lo anterior, en el marco de una tendencia general de disminución de la mortalidad en este grupo etáreo en la ciudad anterior a la implementación de la estrategia de APS. De igual manera podría afirmarse que estos resultados han aportado al logro de las metas fijadas por el Distrito, no sólo como consecuencia de la implementación de la estrategia, sino como efecto del conjunto de políticas públicas e intervenciones sociales y de salud desarrolladas en el período 2004-2006.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2004). *Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas, Bogotá 2004-2008. Proyecto de acuerdo. Bogotá sin Indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (2004). *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

_____. (2005). "Nuestro balance: Salud a su Hogar, un año después", en Boletín de la Secretaría Distrital de Salud, Grupo funcional de APS, *Salud a su Hogar en cifras y hechos*, Bogotá D. C.

Cufino, Garfield, R., Vasconcelos, M. & Araújo, C. (2000). "Primary Health Care Lessons from the Northeast of Brazil: The Agentes de Sau´ de Program", en *Rev Panam Salud Publica,* 7 (5), pp. 293-302.

Díez, E. & Peiró, R. (2004). "Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud", en Borrell, C., García-Calvente, M. & Martí-Boscà, J. V., (Eds.), *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*, informe SESPAS 2004, Gac Sanit.

Evans, T., Whitehead, M. & Diederichsen, F. (2002). "Desafío a la falta de equidad en la salud. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores", en *Publicación científica y técnica* 5858, pp. 55, Washington D. C., Fundación Rockefeller, OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS.

Macinko, Guanais & Marinho de Souza. (2006). "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", en *J. Epidemiol. Community Health*, 60, pp. 13-19

Macinko, J., *et ál.* (2007). "Going to Scale with Community-based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil", en *Social Science & Medicine.*

Mackenbach, J. P. & Kunst, A. E. (1997). "Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Examples from Europe", en *Social Science and Medicine* 44 (6), pp. 757-771.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS. La renovación de la APS en las Américas: Orientación estratégica y programática para la organización*.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*, documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

OPS, Organización Panamericana de la Salud/OMS, Organización Mundial de la Salud. (2007*). Construyendo sistemas de salud basados en APS*. Recuperado en www.paho.org

_____. (2002). Santacruz Varela, J., (consultor). *La atención primaria de salud. Viejo compromiso y nuevos retos. Costa Rica*. Recuperado en www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/configuredRedirect.asp?LinkID=159&linkPrefix=/TextoCompleto/documentos/ 23/05/07

Perry, H., Shankilin, D. & Schroeder, D. (2003). "Impact of a Community-based Comprehensive Primary Health Care Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia", en *Journal of Health Population Nutrition* Dec., 21 (4), pp. 383-395.

Restrepo Vélez, O. (2008). *Análisis y síntesis de evidencias disponibles sobre la experiencia de Participación y Empoderamiento Comunitario, PEC, propiciado por la estrategia de Atención Primaria en Salud, APS*, proyecto de investigación "Revitalizando Salud para Todos: aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud, APIS" – Fase I.

Rosenblatt, R., Hart, L., Baldwin, L., Chan, L. & Schneeweiss, R. (1998). "The Generalist Role of Specialty Physicians: Is there a Hidden System of Primary Care?", en *JAMA*, 279, pp. 1364-70.

Sen, A. (2002). "Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios", en Evanst, Whitehead, M. & Diderichsen, F., (Eds.), *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*, Washington, OPS/OMS, Fundación Rockefeller, p. 77.

Serra, R. (2005). *Uma avaliac-a˜ o emprica do impacto saude da famılia sobre a sau´ de infantil no estado de Sao Paulo*, trabalho submetido ao Premio Economia da Sau´ de, IPEA, Brasılia, D. F.

Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. P. & Kawachi, I. (1999). "Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators", en *The Journal of Family Practice,* 48 (4), pp. 275-84.

Shi, L. & Starfield, B. (2000). "Primary Care, Income Inequality, and Self-rated Health in the US: Mixed-Level Analyses", en *International Journal of Health Services,* 30 (3), pp. 541-55.

_____. (2001). "Primary Care, Income Inequality, and Racial Mortality in US Metropolitan Areas", en *American Journal of Public Health.*

_____. (2000). "Primary Care, Income Inequality, and Self-rated Health in the US: Mixed-Level Analyses", en *International Journal of Health Services*.

Starfiel, B. (1985). *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom,* Baltimore, Johns Hopkins University Press.

_____. (1998). *Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy*, New York, Oxford University Press.

_____. (2001). "Políticas de salud: equidad y atención primaria", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 1, pp. 11.

_____. (2006). "State of the Art in Research on Equity in Health, Johns Hopkins School of Public Health", en *Journal of Health Politics, Policy and Law,* 31, 1. Copyright 2006 by Duke University Press.

Starfield, B., Shi, & Macinko. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en *The Milbank Quarterly,* 83, 3, pp. 457-502.

Wagstaff, A., Paci, P. & Doorslaer, E. (1991). "On the Measurement of Inequalities in Health", en *Social Science Medicine* 33, 545-557

Weiner, J. & Starfield, B. (1983). "Measurement of the Primary Care Roles of Office-based Physicians", en *American Journal of Public Health,* 73, pp. 666-71, World Bank 1994, World Development Report.

Whitehead, M. (2007). "A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health", en *Journal of Epidemm and Community Health,* 61, pp. 473-478.



La APIS es la luz del cambio

Román Vega Romero

Los resultados de las investigaciones relacionadas en este libro y los testimonios de quienes han estado al frente de la implementación de la estrategia de APIS en las localidades de Bogotá, apuntan a demostrar que a partir de su puesta en práctica desde finales del año 2004 se viene desarrollando en la ciudad una llamativa transformación de aspectos del sistema de salud, particularmente en los procesos del componente público de prestación de servicios de salud adscrito a la Secretaría Distrital de Salud y de su recurso más valioso, las personas que lo constituyen, que da luces sobre lo que debería ser parte de la tarea de transformación de conjunto del sistema de salud de mercado inaugurado en Colombia con la Ley 100 de 1993, para mejorar la salud del pueblo colombiano y hacerla más equitativa.

El cambio que se viene observando inicia con la comprensión misma del proceso salud-enfermedad, que ahora es visto de forma más amplia y holística, que junto a una manifiesta preocupación ética por el cuidado del otro ha permitido "pasar de la atención de la enfermedad a atención en salud enfocada hacia las personas como un todo con necesidades sociales y de salud" (Plazas, 2007: 28). Esa renovación de la visión conceptual y ética del desarrollo de la salud se acompaña de una tendencia a acentuar los esfuerzos de los miembros de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud por el mejoramiento progresivo de los procesos relacionados con el acceso geográfico, administrativo y cultural

de quienes los necesitan y por desarrollar una acción integral, permanente y continua, pensando más en el bienestar de las personas, sus resultados en estado de salud y calidad de vida (Malagón Rojas & Gómez Torres, 2007; Peñuela Garzón, 2007), que en las ganancias financieras de las instituciones.

Se reconoce que "el colocar la Atención Primaria de Salud como referente conceptual para el desarrollo del modelo de atención del hospital, ha permitido ordenar y armonizar los procesos de gestión y atención, en función de la satisfacción de necesidades de los usuarios y sus familias" (Cañón & Patiño, 2007: 48); fortalecer el empoderamiento de la población sobre sus derechos, autocuidado y posibilidades de utilización de los servicios de salud y de otros servicios relacionados; desarrollar cada vez mayor capacidad de participación y despliegue de iniciativas de acción intersectorial/transectorial que permite hacer un mejor uso compartido de la información y recursos disponibles para dar respuestas integrales a las necesidades mediante procesos de planificación y desarrollo de proyectos y políticas públicas construidas de manera conjunta (Becerra, 2007; Guzmán & Gutiérrez, 2007; Silva, Cuellar, Flórez & Loboa, 2007; Vargas, 2007; Zárate & Cabrera, 2007); por último, parece desprenderse también de este examen que es el desarrollo incipiente de esta nueva cultura y ética de la atención, gestión y participación entre los practicantes de las profesiones de la salud, gestores y comunidades basada en los valores, principios y atributos de la APIS, lo que ha permitido introducir tales cambios en el sector público e identificar las restricciones normativas a los mismos (Hospital Engativá, 2007; Ramírez y Pérez, 2007).

A pesar del relativo corto tiempo transcurrido de implementación de la estrategia para hacer una evaluación sistemática del desempeño e impacto de la misma, la imperceptible dinámica de transformaciones parece estarse traduciendo en mejores resultados en estado de salud y reducción de las disparidades en salud de la población donde la APIS viene siendo implementada con mayor cobertura y compromiso de los actores involucrados (Mosquera Méndez *et ál.*, 2008). Estos resultados se vienen dando en un marco de costo-efectividad y sostenibilidad financiera (Chicaiza-Becerra & García Molina, 2008) y de relativo cumplimiento de los atributos de la APS, con excepción del enfoque familiar y comunitario de la atención primaria (Acosta Ramírez, 2008), que aún tiene un verdadero cuello de botella en el contenido de la formación y contratación del recurso humano. Tales efectos y desempeño favorables se producen, sin

embargo, en un escenario de política nacional de salud que limita el despliegue potencial de todos los valores, principios y atributos de la APIS por la segmentación y fragmentación del sistema de salud en distintos regímenes de afiliación, la competencia entre aseguradores y prestadores en función de rentabilidad económica, los inadecuados mecanismos de contratación y formas de pago a los proveedores de servicios, el escaso compromiso de los aseguradores y prestadores privados con la APIS, la ausencia de una política de capacitación integral y sostenida de prestadores y gestores, la desregulación laboral, las deficiencias de rectoría por parte del Gobierno central y distrital (Vega Romero *et ál.*, 2008), y el desfinanciamiento a que progresivamente ha sido sometido el SGSSS para alcanzar la universalidad e integralidad (CID-UNAL, 2007).

De este proceso se derivan enseñanzas y recomendaciones que deberían ser tenidas en cuenta por los tomadores de decisiones y las comunidades para fortalecer la implantación de la APIS, como las siguientes:

El Gobierno de Bogotá debe consolidar y profundizar el proceso de transformación en que se encuentra el sistema de salud pública de la ciudad extendiendo y cualificando la aplicación de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud.

La APS debe ser entendida desde una perspectiva integral, APIS, incluyendo los valores, principios y atributos que la caracterizan desde Alma-Ata y fortaleciéndola con los nuevos marcos normativos y de acción fundamentados en el derecho a la salud y la promoción de la salud si se quiere que la misma sirva a los propósitos de mejorar la salud, la calidad de vida y la equidad en salud.

Así entendida, la APIS debe incluir al menos cinco procesos transformadores del sistema de salud, los cuatro establecidos en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS (WHO, 2008), más otro distintivo de nuestras tradiciones históricas, la interculturalidad, y reforzar dos procesos transversales de acción: la acción intersectorial /transectorial y la participación comunitaria y social.

Una forma de universalizar la cobertura del aseguramiento haciendo más equitativo el acceso a servicios de salud integrales es desmercantilizándolo y extendiendo la afiliación de la población a un sistema de aseguramiento público, simultáneamente con la implementación de un

modo de prestación de servicios de salud basado en equipos y/o centros de atención primaria con orientación en salud familiar y comunitaria por territorios especificados y con poblaciones definidas asignadas. Tal mecanismo de atención primaria, además de servir de puerta de entrada al sistema de atención en salud, mejora la accesibilidad a los servicios y la utilización según necesidad de los mismos, superando barreras de acceso geográfico, administrativo y cultural.

La universalización de la cobertura del aseguramiento y el mejoramiento del acceso a los servicios según necesidad debe ir de la mano del fortalecimiento del financiamiento del sector público de prestación de servicios y del cambio de su modelo de atención transformando el modo convencional con enfoque bio-médico y centrado en la enfermedad hacia otro con enfoque bio-psico-social y centrado en el proceso salud-enfermedad de la persona, la familia y la comunidad. Tal cambio debe lograrse mediante la aplicación sistemática de los atributos de la atención primaria, que debe asignar los recursos necesarios para el proceso de continua atención de los pacientes como centro coordinador de la atención en red, tanto de los prestadores de servicios de salud como de otros servicios de apoyo o complementarios no sectoriales que requiera la población para satisfacer sus necesidades de salud.

El cambio del modo de prestación de servicios sólo puede darse fortaleciendo el sector público de prestación de servicios; transformando la práctica médica mediante el fortalecimiento de las capacidades y habilidades de los profesionales en la salud familiar y comunitaria; (organizando) equipos de trabajo interdisciplinarios que incluyan promotores de salud extraídos de las propias comunidades; introduciendo cambios organizacionales y de gestión como el trabajo en red desde la perspectiva de las necesidades de la población y del papel de coordinación de la respuesta otorgado a la atención primaria, el desarrollo de sistemas de información compartidos y mecanismos de comunicación ágiles y apropiados; financiando el gasto en consonancia con el papel coordinador de la atención primaria, formas de contratación y de pago a prestadores que incentiven resultados en salud y hagan sostenible el sistema de prestación; y contratando el recurso humano en coherencia con los atributos del nuevo modo de prestación de servicios.

El proceso de transformación de la prestación de los servicios no debe restringirse sólo a los equipos básicos de salud familiar y comunitaria



de los micro territorios. Debe involucrar también a todas las UBAs, UPAs y CAMIs y demás hospitales del sector público adscritas a la Secretaría Distrital de Salud y a los prestadores similares del sector privado, que deben ser adecuadamente regulados. Una estrategia para la inclusión paulatina de todos los prestadores en el proceso de transformación podría ser la continua certificación y entrega de incentivos por el logro de los principios y atributos de atención primaria a cada unidad pública o privada incluida, de tal modo que se garantice el mejoramiento progresivo de la calidad de la atención centrada en las personas, las familias y la comunidad.

Nuestra deuda histórica con las comunidades de pertenencia étnica tiene en la APIS una oportunidad de reconocimiento de sus demandas y derechos. La interculturalidad, que debe ser utilizada como medio para promover la inclusión de la cosmovisión de la salud y de las prácticas médicas tradicionales, propiciar su complementariedad con la medicina de origen occidental y mejorar el acceso cultural a los servicios, debe partir del reconocimiento de la identidad y autonomía de los sistemas de salud propios de los indígenas, afrodescendientes y otras comunidades de pertenencia étnica. Trabajar desde la APIS con un enfoque intercultural significa enfrentar la exclusión y la discriminación en salud por razones de pertenencia étnica, fortalecer lo propio en las acciones de salud colectiva e individual para propiciar la complementariedad con la medicina occidental.

Para el desarrollo de proyectos, planes y políticas públicas saludables y pro equidad, el enfoque integral de la APS exige del sistema de salud la articulación de la atención primaria con la promoción de la salud a través del fortalecimiento de dos procesos transversales de acción: la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación comunitaria. Tal articulación y fortalecimiento requieren de la superación de algunos debates conceptuales que exigen de nuestra parte algunas mínimas clarificaciones conceptuales al respecto, que a continuación propiciaremos.

Relación entre APIS y Promoción de la Salud/EPCVS

Al desplegarse simultáneamente dos estrategias, la APIS y la EPCVS (De Negri, 2006) para lograr el cumplimiento de los objetivos de la política de salud de Bogotá –período de gobierno 2004-2008–, han emergido algunas tensiones entre los equipos de la Secretaría Distrital de Salud y de los hospitales encargados de orientar y aplicar dichas estrategias que vienen siendo superadas en la práctica. Tales tensiones se traducen en discusiones filosófico-conceptuales sobre el alcance de la APIS y de la Promoción de la Salud/EPCVS para aportar a la mejora de la salud, reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida, así como sobre la efectividad de elementos operativos como la acción intersectorial y transectorial para abarcar la respuesta gubernamental y social que debe darse a las necesidades de salud de la población. Dentro de este marco, las acciones que puede promover la APIS para transformar la prestación de los servicios de salud y desarrollar las políticas públicas han sido relegadas al Programa Salud a su Hogar sobredimensionándose, al mismo tiempo, el rol que puede desarrollar la EPCVS desde el sector salud, perdiendo de vista así el papel transformador del sistema de salud y de la prestación de servicios de salud por parte de la APIS como un todo.

Los impulsores de la Promoción de la Salud/EPCVS perciben a la APIS como uno de los distintos modos de que se vale la EPCVS para promover, desde los servicios, la salud en función de la calidad de vida (D' Elia *et ál.*, 2002). Todos sabemos, sin embargo, que desde finales de los años setenta del pasado siglo la APS fue definida como una estrategia integral para el desarrollo de la salud, incluyendo desde su surgimiento la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación como sus esferas integradas de acción (OMS, 1978; Rifkin and Walt, 1986).

Así, aunque la APS necesariamente tiene un componente de prestación de servicios de salud, éste no es suficiente para alcanzar el ideal de desarrollo de la salud y de equidad en salud, por lo cual, se ha sostenido que la APS además de ser parte esencial del sistema de salud, a la vez "hace parte del desarrollo económico y social de la comunidad" (OMS, 1978). Con esa formulación, la Declaración de Alma-Ata buscó subrayar, ante quienes veían la salud sólo como el resultado de las acciones de la medicina altamente tecnificada, que el proceso de desarrollo de la salud es integral, resultado de la dialéctica de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que van más allá de las intervenciones biomédicas propiciadas por los servicios de salud convencionales (Rifkin & Walt, 1986). Con ello también se significaba que para que las acciones de la APIS se extendieran más allá de la atención médica propiciada por los servicios de salud convencionales, se requería de la acción intersectorial por la salud y de la más amplia participación comunitaria, elementos esenciales para darle contenido en salud y en equidad en salud a las políticas públicas, económicas, sociales y de salud, en la medida en que el contenido de éstas en saberes valorativos, científicos, tecnlógicos y la efectividad de las mismas, dependería de la relación de fuerzas entre los actores involucrados en el proceso de su formulación e implementación (Buse *et ál.*, 2005).

Desde esa perspectiva, la promoción de la salud, que como la APS tiene sus antecedentes históricos en los procesos y movilizaciones del siglo XIX, pero cuyo marco teórico fue proclamado a mediados de los años ochenta luego de la Declaración de Alma-Ata de 1978 (Restrepo & Málaga, 2001), no sólo ha sido y sigue siendo parte constitutiva del enfoque integral de la APS sino que usa los mismos dispositivos de acción intersectorial/transectorial y participación comunitaria y social para alcanzar el impacto deseado de las políticas públicas sobre los determinantes sociales de la salud, equidad y calidad de vida. Sin embargo, al derivar la EPCVS y la transectorialidad de la Promoción de la Salud (D' Elia *et ál.*, 2002), se ha tratado de mostrarlas como evolutivamente superiores a la acción intersectorial por la salud y la APIS. Desde luego que hay diferencia entre APIS y Promoción de la Salud, pero esa diferencia no se fundamenta en la falsa oposición entre intersectorialidad *versus* transectorialidad. La distinción fundamental entre ambas estrategias es que la APIS tiene un componente clínico de prestación de servicios de salud que le es necesario –la atención primaria– y que no lo es para la promoción de la salud, pero que ha llevado a la separación confusa hecha por algunos entre APIS y Promoción de la Salud. La confusión que genera

tal separación y que sirve a su vez para oponer intersectorialidad *versus* transectorialidad deviene de reducir la APIS a la atención primaria despojándola de sus otros componentes. Por fortuna, el reciente *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS (WHO, 2008) ha hecho énfasis en la necesidad de articular mejor la APIS y la Promoción de la Salud, y ha identificado de forma más clara los cuatro macro procesos transformadores de la APIS –la universalización de la cobertura y el acceso del sistema de salud, la atención primaria, el liderazgo y las políticas públicas– que permiten dilucidar mejor las conexiones entre una y otra estrategia y entre los dispositivos que le son comunes, de interés en este debate.

Relación entre gestión transectorial y acción intersectorial por la salud

El segundo tema de discusión es el alcance de los conceptos operativos *intersectorialidad* y *transectorialidad*. En el marco de la implementación de la EPCVS en Bogotá se ha venido usando el concepto *transectorialidad*, el cual ha sido definido como "la articulación del trabajo entre diferentes dependencias e instituciones del área social y de salud alrededor de las respuestas transformadoras a las cuestiones generadas por las necesidades sociales y de salud de la población" (Alcaldía Mayor de Bogotá/ Secretaría Distrital de Salud, 2004). Algunos promotores de la EPCVS oponen el concepto *transectorialidad* al de acción intersectorial, pero otros (Vega Romero *et ál.*, 2008), con base en revisiones sobre el tema (Public Health Agency of Canada, 2007), no ven tal oposición entre ellos sino que ubican el primero como un caso especial del segundo. A efectos de propiciar la integración de las acciones individuales con las colectivas en el proceso de desarrollo de la salud de las personas y de la población, y de actuar con mayor eficacia sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud, es menester distinguir el potencial de los conceptos *acción intersectorial* y *transectorial* tanto a nivel de la práctica individual como de la colectiva.

El concepto acción intersectorial por la salud tiene sus antecedentes históricos en los movimientos de reforma sanitaria y de transformación social del siglo XIX que reconocieron las influencias de las condiciones sociales, económicas y políticas en la salud de los pueblos, llamaron al estudio científico de tales relaciones y al desarrollo de acciones sociales y médicas integrales por parte de los gobiernos y de la sociedad para

promover la salud y combatir las enfermedades (Monteiro de Andrade, 2006). Desde entonces la salud, así como la fuerza de trabajo, cuyo vigor depende de la anterior, fueron consideradas la única propiedad de la clase trabajadora, cuya protección ellos tenían derecho a exigir ante el Estado y éste la obligación de garantizar a través de su acción sobre las condiciones sociales, de vida y de trabajo del pueblo (Sigerist H.E., 1996).

Si bien el enfoque de acción intersectorial surgió en el siglo XIX, perdió potencia a mediados del siglo XX con el desarrollo de la biomedicina propiciado por la revolución pasteuriana (Monteiro de Andrade, 2006). De acuerdo con la Agencia de Salud Pública de Canadá, Equinet y la Red de Conocimiento de Sistemas de Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Public Health Agency of Canada, 2007), el concepto fue reintroducido en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 ya que la APS se estableció como "una estrategia integral de salud no sólo para proveer servicios de salud sino también para enfrentar los determinantes sociales, económicos y políticos subyacentes a la mala salud" (WHO, 2005: 11). Después de Alma-Ata, este mismo enfoque de acción fue asumido en los años ochenta por la Conferencia de Ottawa de Promoción de la Salud (OMS, 1986), y en la medida en que se fue demostrando científicamente la relación entre determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales sobre la mala salud y las inequidades en salud (Wilkinson & Marmot, 2003; Navarro, 2002), el enfoque *acción intersectorial* ha sido objeto de discusiones especializadas (WHO, 1997), incluido en las Cartas de otras Conferencias mundiales de Promoción de la Salud (OMS, 2005), usado en las políticas públicas y de salud de muchos países desarrollados entre ellos Suecia (Gunnar, 2003) y el Reino Unido (Bauld *et ál.*, 2005) como componente de estrategias para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y, por último, ha sido subrayado en forma reiterada por distintos informes recientes de la Organización Mundial de la Salud como necesario para actuar desde el sistema de salud y por fuera de éste sobre los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud (HSKN, 2007; WHO/CSDH, 2008; WHO, 2008). Así, en su versión moderna, el concepto ha evolucionado con el de Atención Primaria de Salud y está estrechamente vinculado a los de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (Doherty & Harris, 2006).

Aunque la acción intersectorial fue difícil de implementar desde el sector salud en las décadas anteriores, se ha vuelto cada vez más

relevante en la medida en que aumentan las brechas en salud y la determinación social de las mismas. El concepto actual de acción intersectorial se diferencia de los anteriores que eran más técnicos, por lo que limitaban demasiado las posibilidades de acción entre actores, poderes y saberes diversos. Ahora la acción intersectorial no sólo busca reflejar la "acción conjunta del Gobierno" y de la sociedad civil frente a problemas sociales complejos que requieren de su acción coordinada a nivel central y local. Este concepto también ha sido clave para superar la hegemonía biomédica en los servicios de salud y para fortalecer los sistemas de salud de modo que puedan promover la equidad en salud no sólo por el carácter universal de su cobertura y acceso, sino también por la necesidad de motivar la acción intersectorial, el empoderamiento y la movilización de sectores sociales subordinados que lleven a la construcción de procesos de políticas públicas nacionales y locales que sostengan la acción hacia la equidad en salud (HSKN, 2007).

A pesar de que la OMS (WHO, 1997) definió la acción intersectorial como "una relación conocida entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otro sector que se establece para actuar sobre un problema y lograr resultados en salud de una manera más efectiva, eficiente o sustentable de lo que pudiera lograrse si el sector salud actuara solo". Autores latinoamericanos han ampliado y profundizado dicha definición al concebir la acción intersectorial como "la articulación entre sujetos de sectores sociales diversos y, por lo tanto, de saberes, poderes y voluntades diversas, para enfrentar problemas complejos" (Feuerwerker & Costa, 2000). Según Junqueira (2000: 10), "la acción intersectorial es la articulación de saberes y experiencias en la planeación, implementación y evaluación de acciones para alcanzar efectos sinérgicos en situaciones complejas de cara al desarrollo social y a la superación de la exclusión social". Desde este punto de vista la construcción de la *intersectorialidad* supone capacidad para compartir saberes, poderes de negociación, superación de conflictos, respeto de la diversidad y particularidades de cada sector participante (Krempel M.C & Moysés S.T, 2002; Moyses *et ál.*, 2004), y la gestión intersectorial se expresa como "una acción compartida con diferentes sectores sociales para enfrentar los problemas que inciden sobre la salud, teniendo como eje orientador la mejoría de la calidad y condiciones de vida y la salud de la población" (Curitiba, 2000). Si bien algunas de estas definiciones señalan la utilidad de la acción intersectorial para enfrentar problemas, no parece que el uso del concepto *problemas* tenga una connotación negativa, de referencia solamente al daño o

enfermedad, en la medida en que desde Alma-Ata y Ottawa ha quedado clara la connotación positiva de bienestar y calidad de vida de la definición de la salud de la APIS y de la promoción de la salud, a diferencia de la definición de salud como ausencia de enfermedad del enfoque de APS Selectiva (Rifkin & Walt, 1986). Adicionalmente, "la intersectorialidad incluye, además de la resolución de necesidades individuales, ideales de integración, de territorio, de equidad, o sea, la noción de derechos sociales. Por tanto, ella constituye una concepción ampliada de planeación, ejecución y control de la prestación de servicios, con el objetivo de garantizar el acceso igual a los desiguales, presuponiendo la alteración de todas las formas de articulación en los diversos puntos de la organización del Gobierno y de los intereses" (Junqueira, 2000: 12-13).

Para enfrentar las necesidades, determinantes sociales y problemas complejos de salud desde la perspectiva de los sistemas de salud pro-equidad, la acción intersectorial se puede expresar en distintos niveles (HSNK, 2007): de temas focalizados –en una población, enfermedad o factor de riesgo específico–; en lugares o escenarios del nivel local –una ciudad, zona o comunidad–; por nivel dentro de una organización –tomadores de decisiones de alto, medio o bajo nivel–; a nivel de provisión de servicios y en marcos más amplios de política pública adoptados por los gobiernos –globales o nacionales–; y de forma incremental en el tiempo y en el espacio –globales, nacionales y locales–. Según las áreas de acción la intersectorialidad puede desarrollarse a través de actividades de promoción de la salud como las de desarrollo comunitario, participación comunitaria –cuando los programas se desarrollan con base en el conocimiento, experticia y actividades de la comunidad– y de abogacía; a través de actividades por temáticas como las campañas de vacunación, iniciativas contra la violencia familiar, programas de acción para el control del alcoholismo, programas de prevención de accidentes, programas de alimentación y nutrición comunitaria, iniciativas de vivienda saludable, de los servicios de gestión, referencia y contra-referencia de casos.

En el caso de la prestación de los servicios de salud orientados por la atención primaria con enfoque familiar y comunitario, además de contribuir a la construcción de políticas públicas integrales, la acción intersectorial a través de "el trabajo en equipo facilita la construcción de redes, que pueden ser definidas como el trabajo colectivo, la articulación de diversos sujetos y servicios para producir transformaciones" (De Paula *et ál.*, 2004) que contribuyan a mejorar la salud de las personas, las familias

y las comunidades. Pero para que la acción intersectorial se desarrolle, se requiere de grandes cambios en distintos aspectos de la sociedad y del Gobierno.

Las revisiones de evidencias sobre la acción intersectorial demuestran (Public Health Agency of Canada, 2007) que su desarrollo depende de factores que facilitan o limitan la misma, tales como el contexto ideológico y político, el ambiente económico, los ciclos electorales, las características del proceso de toma de decisiones de los gobiernos, la habilidad de los actores en la gestión y en la construcción de alianzas, el establecimiento de metas y objetivos estratégicos claros y compartidos, la institucionalización estructural de la acción intersectorial, la disponibilidad de información y el uso estratégico de las evidencias para estimularla, el nivel de la acción requerido, la capacidad de liderazgo, la capacidad de movilización de las organizaciones sociales y el papel del Ministerio de Salud, entre otros.

En la experiencia de algunas ciudades de América Latina se han identificado como obstáculos centrales:

> La ausencia de una cultura de acción intersectorial y las dificultades en el financiamiento de las acciones intersectoriales. La dificultad de romper las relaciones tradicionales de trabajo, en las que el segmento que detenta el poder prevalece en los procesos de decisión, junto a la dificultad de los profesionales de la salud de lograr una visión que vaya más allá del objeto específico de su actuación, en ocasiones contaminado por el corporativismo profesional, caracteriza aspectos de la cultura institucional del sector público. Además de eso, las asignaciones de los fondos públicos son predominantemente sectorizados, lo que refuerza la dificultad para compartir el poder entre los actores involucrados y entorpece la agilización y resolutividad de las acciones (Moysés *et ál.*, 2004).

Por último, hay que señalar que la acción intersectorial alcanza una dimensión de *transectorialidad* –o mejor, *transetorialidade*, como se escribe por su nombre original en portugués–, cuando el proceso de su desarrollo permite crear nuevas visiones y saberes e instaurar nuevos valores (Junqueira, 2000). Desde esta perspectiva, la *transetorialidade* es un nivel de cualificación del proceso de desarrollo de la acción intersectorial, lo que implica que no existe ninguna contradicción entre los dos conceptos y deben ser entendidos en una relación dialéctica de cambio cualitativo de un mismo proceso de acción intersectorial que tiene en el horizonte la

solución de problemas sociales como los relacionados con la equidad social, la inclusión social, el reconocimiento de las diferencias y las garantías de los derechos sociales.

En conclusión, puede decirse que con ese debate sobre acción intersectorial y transectorialidad, que en últimas pretende oponer la APS a la Promoción de la Salud y la acción intersectorial a la transectorial, se han venido creando serias confusiones y dificultades conceptuales y operativas para generar sinergias en la implementación de ambas estrategias y para el desarrollo de la acción intersectorial/transectorial en el plano de la prestación de los servicios de salud individuales, de las acciones colectivas y en el de la articulación de las acciones colectivas con las de prestación de servicios individuales. Esa discusión pretende desconocer que la APS y la Promoción de la Salud son hermanas en origen y que la acción intersectorial es común a ambas, tanto en sus orígenes históricos como en las contingencias experimentadas por una y otra frente a la hegemonía de racionalidades de políticas de salud posteriores, fundadas en valores y principios distintos que no sólo negaron el poder transformador de la acción intersectorial/transectorial por la salud, sino de la participación comunitaria y social para el desarrollo de la salud y de la democracia.

Participación comunitaria y social

Así, por ejemplo, en cuanto a la participación comunitaria y social (Restrepo Vélez & Mosquera Méndez, 2008), a pesar de los treinta años de la declaración de Alma-Ata, los dieciocho del mandato de la Constitución Política de Colombia, y de los planteamientos teóricos renovados de la actual Política Pública de Salud y Participación Social del Gobierno Distrital, en la práctica la participación sigue siendo instrumentalizada y utilizada por las instituciones para el logro de objetivos como canalizar recursos y legitimar discursos, programas, planes y prácticas institucionales, limitando, desde todo punto de vista, la autonomía y el ejercicio del derecho de la gente para poder decidir y participar libremente en el proceso de la gestión y el desarrollo de las políticas públicas y de la democracia.

La visión instrumentalizada de la participación inscrita en cada una de las normas, reglas y procedimientos de las instituciones y la inconsistencia entre teoría y práctica de los actores, no permiten el empoderamiento

de la comunidad ni su participación autónoma en la toma de decisiones, y mucho menos el ejercicio del poder en la gestión pública y demás espacios sociales, que en definitiva, son el propósito de la participación comunitaria como *derecho*. Lo anterior se agrava con los problemas de información y comunicación que entorpecen el empoderamiento comunitario y su participación real en los procesos de conocimiento, toma de decisiones y control social. A pesar de las limitaciones que existen para promover y desarrollar la participación comunitaria como derecho en el contexto colombiano es necesario, en consonancia con el enfoque integral de la APS, dar un vuelco a la participación comunitaria haciéndola más autónoma, horizontal y efectiva en la comunicación, la información y conocimiento, y con mayor poder de incidencia en las decisiones sobre distribución y redistribución de los recursos, el control del gasto y de las contrataciones, la asignación de recursos y presupuestos, la formulación de las políticas, la evaluación y seguimiento de la gestión pública en todos sus componentes, etcétera, que en definitiva, son los espacios de participación que dan *poder, autonomía y legitimidad* frente al Estado y la gestión pública, que permiten desarrollos de la política de salud con impacto en la equidad en salud.

Avanzar en los procesos de transformación del sistema de salud también requiere del fortalecimiento de la rectoría del sistema haciendo más horizontales, integrados y participativos sus lineamientos y procesos centrales y regulando en forma efectiva el comportamiento de los actores del sistema en función de la aplicación de los valores, principios y atributos de la APIS. Progresar en tal dirección de la rectoría requiere un liderazgo público con mayor poder de decisión y control democrático que permita una efectiva regulación del sector privado y un blindaje eficaz y duradero contra la corrupción y entrega a los intereses del mercado.

Lecciones finales

Este libro nos entrega importantes señales que debemos saber interpretar y lecciones que debemos aprender con miras a ubicar nuestro papel como personas que podemos incidir en la transformación radical del SGSSS y de nuestro quehacer en los servicios. Ya sabemos que un sistema de salud orientado por los principios filosóficos y conceptuales propios de la APIS, entre ellos la noción de salud integral como un derecho fundamental de todos, universalidad, justicia social, equidad, acción

intersectorial, participación comunitaria e interculturalidad, entre otros, permite dar respuesta a las necesidades de salud de la población orientándose, además, por los criterios de calidad, responsabilidad, rendición de cuentas y sostenibilidad financiera. De este enfoque filosófico y conceptual se pueden obtener orientaciones y mecanismos teóricos y prácticos para la reforma, operación de los modelos de atención y gestión de los sistemas y servicios de salud según el contexto y circunstancias de cada país, región y niveles de gobierno.

Hasta ahora, sin embargo, en el caso colombiano nuestra comprensión del tema partía del supuesto que para que la APIS pudiera florecer era necesario la transformación previa del SGSSS, desmercantilizándolo, haciéndolo universal, con beneficios integrales y así sucesivamente. Sin embargo, la enseñanza que de este estudio se desprende es que los valores, principios y atributos de la APIS tienen tal fuerza intrínseca emancipadora que la *praxis* de su estudio y aplicación ante los pequeños y grandes desafíos de la vida diaria constituyen un poderoso proceso de transformación cultural que lleva necesariamente a plantear cambios estructurales del SGSSS que pueden ir más allá de los límites impuestos por el contenido de la política neoliberal que le dio origen.

A un sistema de salud basado en la APIS se llega a través de un proceso de problematización y cambio de lo existente cotidiano guiándose en la acción política, en lo normativo jurídico y en la práctica individual y colectiva por sus valores, principios y atributos. La APIS se convierte así en un instrumento heurístico, hermenéutico y educativo para el cambio y no en una proclama abstracta a ser lograda sólo en un momento ideal. Su potencial transformador y la comprensión teórica del mismo, es aprehensible sólo en la acción práctica. Ésta debe llevar en el largo plazo a la más radical transformación del sistema de salud que pueda imaginarse en función de la aplicación consistente y sistemática de sus valores, principios y atributos.

El cambio del sistema de salud que nos gobierna, que requiere de una verdadera revolución cultural de los trabajadores de la salud y de las comunidades, deviene del choque entre la perspectiva ética emancipadora (Donabedian, 2001) que en todos los campos despierta la puesta en práctica de la APIS, y la perspectiva de alienación y cosificación de la salud impuesta por la comercialización del sistema de salud, las ideologías y políticas neoliberales de élites locales y globales que la alientan, las

debilidades de la cultura organizacional y burocrática del sector público cuando se pone de espaldas al bienestar general y en contra de la equidad, y la práctica biomédica centrada en la enfermedad de los enfoques convencionales de la salud.

Por difícil que sea el escenario normativo, económico, político, ético, científico, organizacional y laboral en el que comience su aplicación, la APIS abre una ventana de esperanza que permite ver una nueva luz más allá del túnel. Nuestro compromiso ético y político, nuestra libertad, no permanecerán ya más prisioneras de las reglas que nos convierten simplemente en mecanismo de una máquina infernal de ganancias económicas: ahora podremos resistir en forma constructiva, placentera, haciendo mínimos pero progresivos cambios en beneficio de la gente y de nuestra dignidad que nos enseñan y transforman, e identificando las fallas que nos darán saber, convicción y fuerza para las transformaciones decisivas cuando llegue el momento.

Por eso podemos decir con certeza,

¡La APIS es la luz del cambio del sistema de salud y el pueblo su fuerza!

Referencias

Acosta N. (2008). Evaluación *de los atributos de la APIS en la Localidad de* Acosta, N. (2008). *Evaluación de los atributos de la APIS en la localidad de Suba*, documento preparado por la autora para la edición de este libro, Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. (2004). *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Bauld, L., Judge, K., Barnes, M., Benzeval, M., Mackenzie, M. & Sulliva, H. (2005). "Promoting Social Change: The Experience of Health Action Zones in England", en *Journal of Social Policy,* 34, 3, pp. 427-445.

Becerra, F. (2007). "Consolidación y fortalecimiento de la APS en la localidad de Bosa con visión de participación social", en Secretaría Salud/OPS, Organización Panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 34-35.

Buse, K., Mays, N. & Walt, G. (2005). *Making Health Policy. Understanding Public Health*, London, Open University Press.

Cañón, N. & Patiño, J. (2007). "Aportes de la Atención Primaria en Salud a la plataforma estratégica del Hospital Rafael Uribe Uribe", en Secretaría Salud/OPS, Organización Panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 46-48.

Carrillo, J. (2007). "Salud a su Hogar en Chapinero: Integración de actividades individuales y colectivas", en Secretaría Salud/ OPS, Organización Panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 19-22.

Chicaiza-Becerra, L. & García-Molina, M. (2008). "Evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de Atención Primaria en Salud, APS, en la localidad de Suba de Bogotá-Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 7 (14), pp. 110-124.

CID, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Bien-Estar y macroeconomía, más allá de la retórica*, Bogotá.

Curitiba. (2000). "Instituto Municipal de Administração Pública 2000", en *Modelo de gestão Curitiba*, IMAP, Curitiba.

D'elia, Y. A., De Negri, M., Huggins, Vega, R. & Bazó, M. (2002). *Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad*, documento de trabajo, Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana, GTZ.

De Negri, F. A. (2006). *Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2005. Investigaciones en seguridad social y salud*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

De Paula, K. A., Palha, P. F. & Protti, S. T. (2004). "Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste-Ribeirão Preto", en *Comunic Saúde Educ,* 8 (15), pp. 331-48.

Doherty, J. & Harris, B. (2006). *The Role of the Health Sector in Achieving Intersectoral Action for Health. Centre for Health (South Africa)*, borrador

presentado a la Red de Conocimiento de los Sistemas de Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Londres.

Donabedian, A. (2001). "Avedis Donabedian: una experiencia directa con la calidad de la atención", en *Informando & Reformando,* 8.

Feuerwerker, L. & Acosta, H. (2000). "Intersetorialidade na Rede Unida", en *Divulg Saúde para Debate,* 22, pp. 25-35.

Gunnar, A. (2003). *Sweden's New Public Health Policy. National Public Health Objectives for Sweden*, National Institute of Public Health.

Guzmán, S. L. & Gutiérrez, J. P. (2007). "Implementación y logros de la estrategia Vivienda Saludable en el Hospital centro Oriente II nivel en las localidades de Candelaria, Mártires y Santafé, 2005-2007", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 23-25.

Hospital Engativá. (2007). "De la relación médico paciente al vínculo. Equipos de Salud a su Hogar ciudadanos", documento elaborado por los equipos y referente de Salud a su Hogar, en Secretaría Salud/ OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 41-43.

HSKN, Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Final Report*, Geneva, World Health Organization.

Junqueira, L. (2000). "Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde", en *Revista de Administración Pública,* 34, pp. 35-45, Rio de Janeiro. Citado por De Paula, K. A., Palha, P. F. & Protti, S. T. (2004). *Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste-Ribeirão Preto*. Comunic. *Saúde, Educ.*, 8, (15), pp. 331-48.

Krempel, M. C. & Moysés, S. T. (2002). *Ambientes saudáveis; uma estratégia de promoção de saúde*, Projeto Técnico, SMS-Curitiba, Curitiba.

Malagón Rojas, J. N. & Gómez Torres, E. Y. (2007). "Atención Primaria en salud renovada. El caso de Camila", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 30-33.

Monteiro de Andrade, L. O. (2006). *A saúde e o dilema da intersetorialidade*, São Paulo, Hucitec.

Mosquera Méndez, P. A., Granados Hidalgo, G. & Vega Romero, R. (2008). "La estrategia de Atención Primaria en Salud, APS, para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud,* 7 (14), pp. 88-109.

Moysés, S. J., Moysés, S. T & Krempel, M. C. (2004). "Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba", en *Ciência & Saúde Coletiva,* 9 (3), pp. 627-641.

Navarro, V. (2002). *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville, New York, Baywood Publishing Company, Inc.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URRS, 6-12 de septiembre de 1978, serie Salud para Todos No. 1, Ginebra.

_____. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa.

_____. (2005). *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Sixth International Conference on Health Promotion, Bangkok.

Peñuela Garzón, M. E. (2007). "Salud a su Hogar una alternativa para las mujeres gestantes en la Atención Primaria en Salud, como aporte a los objetivos del milenio", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 17-18.

Plazas, S. (2007). "La Atención Primaria en Salud desde la ruralidad", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 27-29.

Public Health Agency of Canada. (2007). *Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health.* Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and

Southern Africa, EQUINET, Cat. No. HP5- 45/2007E-PDF. ISBN 978-0-662-46187-6.

Ramírez, T. & Pérez, A. (2007). "Salud a su Hogar y la integración docente asistencial", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 36-38.

Restrepo, H. E. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Bogotá, Editorial Médica Panamericana.

Restrepo Vélez & Mosquera Méndez, P. A. (2008). "Participación y empoderamiento comunitario: tareas pendientes de la Atención Primaria en Salud", en capítulo preparado por las autoras para la edición de este libro, Bogotá.

Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'", en *Social Science Medicine* 23 (6), pp. 559-566.

Sigerist, H. E. (1996). *Medicine and Human Welfare*, New Haven, Yale Univeristy Press. Citado por Monteiro de Andrade L. O. (2006). *A saúde e o dilema da intersetorialidade*, Hucitec, São Paulo.

Silva, D., Cuéllar, C., Flórez, N. & Loboa, G. (2007). "Salud a su Hogar, más que un compromiso en la localidad de Fontibón", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 38-40.

Valbuena, C. (2007). "AIEPI: una experiencia para contar en el marco de la APS renovada en Ciudad Bolívar", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D .C. 2004-2007*, pp. 49-50.

Vargas, M. P. (2007). "El Hospital Nazareth a la vanguardia con una familia sana, comunidad saludable y entorno natural", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 51-52.

Vega, R. & Carrillo, J. (2006). "APS y acceso a universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso de Salud a su Hogar en Bogotá", en *Revista Gerencia y Políticas de salud,* 11, pp. 38-52.

Vega, R., Acosta, R., Mosquera, M. & Restrepo, V. (2008). "La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de Atención Primaria Integral de Salud", en *Medicina Social*, pp. 148-169. Recuperado en www.medicinasocial.info

Velandia, L. M., Rojas, M. N., Barbosa, C. I., Peña, J. & Ortiz, D. (2007). "Vivencias del Hospital San Cristóbal en APS", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 25-26.

WHO, World Health Organization. (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International.* Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organization, Geneva.

_____. (2005). *Commission on Social Determinants of Health 2005. Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences (a Background Paper Prepared for the Commission on Social Determinants of Health*). March 2005, WHO Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva. Recuperado en http://www.who.int/social_determinants/en/

WHO, World Health Organization. (2008). *Primary Health Care now More than Ever*, Geneva.

WHO, World Health Organization /CSDH, World Health Organization/ Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.*

Wilkinson, R. & Marmot, R. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd ed., World Health Organization.

Zárate, C. & Cabrera, M. (2007). "Modelo de atención basado en APS", en Secretaría Salud/OPS, Organización panamericana de la Salud, (Eds.), *Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D. C. 2004-2007*, pp. 44-45.

Autores

Román Vega Romero

Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Administración –pensamiento sistémico crítico con énfasis en Políticas de Salud–, *The University of Hull*, Inglaterra; magíster en Administración de Salud, Pontificia Universidad Javeriana; especialista en *Research Training in Social Research The University of Hull*, Inglaterra; perfeccionamiento en Sociología Política, Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado e investigador de tiempo completo en el área de Políticas de Salud de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana, y Maestría en Política Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Pontificia Universidad Javeriana. roman.vega@javeriana.edu.co

Naydú Acosta Ramírez

Médica cirujana de la Universidad del Cauca. Doctora en Ciencias en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México; magíster en Administración de Salud, Pontificia Universidad Javeriana. Tiene trece años de experiencia en la ejecución de proyectos en el área de sistemas y servicios de salud, principalmente en la evaluación de la gestión y la implementación de políticas y programas de salud. Ha participado en investigaciones nacionales e internacionales sobre análisis de paquetes

básicos de servicios; modelos de Atención Primaria de Salud, APS, programas de salud Plan de Atención Básica, PAB, Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S, paquetes básico de servicios en Panamá; modelo de movilización social, descentralización, gestión financiera, acceso y uso de servicios, EVISA en México; análisis de equidad, fortalecimiento institucional de secretarías de salud y hospitales públicos. Tiene experiencia docente a nivel de posgrado y en práctica profesional médica, en instituciones públicas, privadas y de seguridad social. Actualmente es docente del Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander. nacostar@uis.edu.co

Paola Andrea Mosquera Méndez

Psicóloga. Magíster en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana; especialista en Epidemiología, Universidad Surcolombiana. Ha ocupado, entre otros, los siguientes cargos: docente e investigadora Fundación Universitaria Sanitas; profesional de enlace en el Proyecto Desarrollo Guías de Práctica Clínica, Universidad Nacional de Colombia; Investigadora Proyecto Revitalizando Salud para Todos fase I y II, Pontificia Universidad Javeriana. paolamosquera@gmail.com

Ofelia Restrepo Vélez

Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Doctora en Antropología Social de la Universidad Autónoma de Madrid, España; magíster en Salud Pública del Instituto de Desarrollo de la Salud de La Habana Cuba; experta Universitaria en Salud Escolar de la Universidad Complutense de Madrid, España. Profesora titular e investigadora social del Departamento de Medicina Preventiva y Social en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. orestrep@gmail.com

Liliana Alejandra Chicaíza Becerra

Doctora en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad Politécnica de Valencia, España. Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Universidad de los Andes; Administradora de Empresas, Universidad Nacional de Colombia. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias

Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Entre sus recientes publicaciones en revistas indexadas se encuentran: "Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud en la localidad de Suba" en la revista *Gerencia y Políticas de Salud*, 2008; "Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano" en revista *Innovar*, 2008; *"Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV-DNA testing for cervical cancer-screening in Colombia"* en la revista de *Salud Pública de Mexico*, 2008. lilianachicaiza@yahoo.es

Mario García Molina

Doctor y magíster en Economía de la Universidad de Cambridge, Inglaterra; magíster en Historia y Economista de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Algunas de sus publicaciones son: "Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud en la localidad de Suba" en la revista *Gerencia y Políticas de Salud*, 2008; "La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia" en la revista de *Economía Institucional*; *"Capital theory and the origins of the elasticity of substitution, 1932-1935"* en el *Cambridge Journal of Economics*; "*A new Model of bandwidth growth estimation based on the Gompertz curve: Application to optical access networks*" en el *Journal of Lightwave Technology.* mgarciamo@unal.edu.co

Sandra Catalina Olaya

Economista, estudiante de maestría en Antropología de la Universidad Nacional de Colombia. Ha sido investigadora del Centro de Estudios e Investigación en Salud, CEIS, de la Fundación Santa Fe de Bogotá, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, de la Universidad Nacional de Colombia y de la Academia Nacional de Medicina. Ha participado en numerosas investigaciones entre las que se destacan: *Enfermedad cardiovascular: frecuencia y costo desde la perspectiva del pagador en SGSSS en Bogotá; Modelo de costo efectividad de colecistectomía abierta versus laparoscópica; Evaluación de costo efectividad de la Atención Primaria de Salud en la ciudad de Bogotá*. catalinaolaya@yahoo.com

Este libro es el resultado del esfuerzo conjunto de un equipo de investigadores e investigadoras apoyado por la Secretaría Distrital de Salud, el Hospital de Suba II Nivel ESE y los posgrados de Administración en Salud y Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. El libro recoge las enseñanzas de la experiencia del proceso de cambio de los servicios de salud de la Secretaría Distrital de Salud, a la luz del diseño e implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, en la ciudad de Bogotá D. C., desde finales de 2004. Su contenido es relevante y actual no sólo para continuar el proceso de mejoramiento del sistema de salud de la ciudad, sino porque da luces para los cambios de la política de salud del país, en la medida en que la crisis de la misma hace cada vez más urgente la necesidad de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, en tanto que el *Informe sobre la salud en el mundo 2008,* de la Organización Mundial de la Salud, le ha asignado a la APS un papel decisivo para tales transformaciones al redefinirla como un conjunto de reformas de los sistemas de salud para enfrentar los actuales desafíos de la salud, guiándose por los valores de equidad, solidaridad y justicia social, teniendo en cuenta las expectativas de la población.




ISBN 978-958-8545-01-1



